

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS - UNASUS**  
**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS**  
**Curso de Especialização em Saúde da Família**  
**Modalidade a Distância**  
**Turma 4**



**Trabalho de Conclusão de Curso**

**Qualificação do programa de saúde da mulher com ênfase à detecção  
precoce de cânceres do colo do útero e de mama da unidade de Saúde da  
Família do Sequeiro Grande em Itajuípe/BA**

**Rita de Cássia Oliveira Grancheux**

Pelotas, 2014

**RITA DE CÁSSIA OLIVEIRA GRANCHEUX**

**Qualificação do programa de saúde da mulher com ênfase à detecção precoce de cânceres do colo do útero e de mama da unidade de Saúde da Família do Sequeiro Grande em Itajuípe/BA**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família – Modalidade a Distância-UFPEL/UNASUS como requisito parcial para obtenção do título de em Especialista em Saúde da Família.

Orientador Fábio Renato Manzolli Leite

Pelotas, 2014

**Universidade Federal de Pelotas / DMS  
Catalogação na Publicação**

G749q Grancheux, Rita de Cássia Oliveira

Qualificação do programa de saúde da mulher com ênfase à detecção precoce de cânceres do colo do útero e de mama da unidade de Saúde da Família do Sequeiro Grande em Itajuípe/BA / Rita de Cássia Oliveira Grancheux; Fábio Renato Manzolli Leite, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2014.

63 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2014.

1.Saúde da família 2.Atenção primária à saúde 3.Saúde da mulher 4.Programas de rastreamento 5.Neoplasias do colo do útero 6.Neoplasias da mama I. Leite, Fábio Renato Manzolli, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

**A Deus**

**A minha mãe, futuro esposo e equipe do  
Sequeiro Grande de Itajuípe/BA**

## **Agradecimentos**

À Equipe de Saúde da Família e comunidade do Sequeiro Grande, À Secretaria de Saúde de Itajuípe e a Fundação Lourdes Lucas, que participaram desse trabalho, pela colaboração e boa vontade. Ao meu orientador Fábio Renato Manzolli Leite, à colega orientadora Elisângela Sousa Ramos e Lavínia Boaventura Silva, ao meu futuro esposo Wilson Emmanuel dos Santos Luz que me apoiaram e incentivaram a não desistir da especialização.

## Lista de figuras

Figura 1	Gráfico da proporção de mulheres entre 25 e 64 anos com exame em dia para detecção precoce de câncer de colo de útero.....	47
Figura 2	Gráfico da proporção de mulheres entre 50 e 69 anos com exame em dia para detecção precoce de câncer de mama.....	47
Figura 3	Gráfico da proporção de mulheres com exame citopatológico alterado.....	48
Figura 4	Gráfico da proporção de mulheres com mamografia alterada....	48
Figura 5	Gráfico da proporção de mulheres com registro adequado do exame citopatológico de colo de útero.....	49
Figura 6	Gráfico da proporção de mulheres com registro adequado de mamografia.....	49
Figura 7	Gráfico da proporção de mulheres entre 25 e 64 anos com pesquisa de sinais de alerta para câncer de colo de útero.....	50
Figura 8	Gráfico da proporção de mulheres entre 50 e 69 anos com avaliação de risco para câncer de mama.....	50
Figura 9	Gráfico da proporção de mulheres entre 25 e 64 anos que receberam orientação sobre DSTs.....	51
Figura 10	Gráfico da proporção de mulheres entre 25 e 64 anos que receberam orientação sobre fatores de risco para câncer de colo de útero.....	51
Figura 11	Gráfico da proporção de mulheres entre 50 e 69 anos que receberam orientação sobre fatores de risco para câncer de mama.....	52

### **Lista de abreviaturas e siglas**

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária a Saúde
ASB	Auxiliar de Saúde Bucal
CA	Câncer
CEO	Centro de Especialização Odontológica
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INCA	Instituto Nacional do Câncer
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Atenção à Saúde da Família
NIC	Neoplasia Intracelular
PA	Pressão Arterial
PACS	Programa dos Agentes Comunitários de Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualificação da Atenção Básica
PSF	Programa de Saúde da Família
SIAB	Sistema de Atenção Básica

SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPEL	Universidade Federal de Pelotas
USF	Unidade de Saúde da Família
USG	Ultrassonografia
VD	Visita Domiciliar



## Sumário

Apresentação .....	9
1 Análise situacional.....	1
1.1 Texto inicial sobre a situação da equipe de saúde .....	1
1.2 Relatório da Análise Situacional .....	3
1.3 Comparação sobre o texto inicial e o relatório da análise situacional. ....	17
2 Análise estratégica – projeto de intervenção.....	18
2.1 Justificativa .....	18
2.2 Objetivo geral .....	19
2.3 Objetivos específicos .....	19
2.4 Metas.....	20
2.5 Metodologia .....	21
2.5.1 Detalhamento das ações.....	21
2.5.2 Indicadores.....	25
2.5.3 Logística .....	28
2.5.4. Cronograma .....	31
3. Relatório da intervenção.....	32
4 Avaliação da intervenção .....	35
4.1 Resultados .....	35
4.2 Discussão.....	41
4.3 Relatório da intervenção para os gestores .....	43
4.4 Relatório da intervenção para a comunidade .....	45
5 Reflexão crítica sobre seu processo pessoal de aprendizagem.....	46
Referências .....	47
Anexos .....	48

## Resumo

GRANCHEUX, Rita de Cássia Oliveira. **Qualificação do programa de saúde da mulher com ênfase à detecção precoce de cânceres do colo do útero e de mama da unidade de Saúde da Família do Sequeiro Grande em Itajuípe/BA.** 2014. 61f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família – Modalidade a Distância). Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2014.

A alta incidência e mortalidade por câncer do colo do útero e de mama no Brasil justificam a implantação de normas para o controle dessas doenças que incluam desde a atenção básica (promoção de saúde, prevenção vez mais elevados na alta complexidade refletem a necessidade de estruturar uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada que garanta atenção integral à população de todo o país. A intervenção tratou da atenção à saúde da mulher visando melhorar a detecção de câncer do colo do útero e de mama nas mulheres acompanhadas pela Equipe de Saúde da Família do Sequeiro Grande, zona rural de Itajuípe-BA no ano de 2013. Para tal foi utilizado o Caderno de Atenção Básica número 13 do Ministério da Saúde: “Controle dos cânceres do colo do útero e da mama, 2013”. Na área adstrita à unidade existem 314 mulheres na faixa etária alvo para controle de câncer de colo (25 a 64 anos) e 126 para câncer de mama (50 e 69 anos). Ao iniciar a intervenção apenas 204 (65%) tinham em dia o exame preventivo de colpocitopatologia e 56 (44,4%) o de mamografia. O levantamento da realização dos exames foi realizado de início nos prontuários e depois foi realizada a busca ativa das faltosas pelos ACS e enfermeira para a realização de novos exames de mamografia e citopatológico. Ao longo dos quatro meses da intervenção observou-se a evolução dos indicadores para 83,8% e 71,4%, respectivamente. Dessas, uma paciente (0,4%) apresentou exame citopatológico alterado e 3,3% mamografia alterada (3 usuárias). Todas foram encaminhadas para acompanhamento especializado. A proporção de mulheres que receberam orientação para as doenças sexualmente transmissíveis, informadas quanto aos fatores de risco e pesquisadas quanto aos sinais de alerta para câncer de colo uterino/mama foi de 100%. As ações que mais auxiliaram na ampliação da cobertura foram a mobilização da comunidade através de atividades educativas e a busca ativa pelos agentes comunitários às faltosas através de efetivo monitoramento. Assim, a intervenção propiciou a ampliação da cobertura e

melhora na adesão das mulheres na detecção precoce de ambos os cânceres, a melhoria dos registros e a qualificação da atenção. Entretanto, ainda há muito para avançar na qualificação do serviço, mas a partir da discussão dos resultados oriundos deste trabalho, será possível continuar em busca da melhoria do cuidado.

**Palavras-chave:** Atenção primária à saúde; Saúde da mulher; Saúde da Família; Programas de rastreamento.

## **Apresentação**

O presente trabalho acadêmico teve como objetivo qualificar o programa de saúde da mulher da unidade de saúde da Família do Sequeiro Grande em Itajuípe/BA. No primeiro capítulo apresenta-se o relatório da análise situacional, texto escrito na segunda semana de ambientação do curso de especialização em saúde da família, explicitando a situação do serviço de saúde. Finalizando o primeiro capítulo, o novo texto sobre a situação da estratégia de saúde da família no serviço e o comparativo sobre o texto inicial e o relatório da análise situacional.

No segundo capítulo, expõe-se a análise estratégica, na qual se apresenta o projeto de intervenção, baseado no Caderno De Atenção Básica número 13 do Ministério da Saúde: “Controle dos cânceres do colo do útero e da mama, 2013”. Já o terceiro capítulo refere-se ao relatório da intervenção, que discorre sobre todas as ações previstas e desenvolvidas durante este período, as que não foram desenvolvidas, a coleta e sistematização dos dados e a viabilidade da incorporação da intervenção na rotina do serviço. No quarto capítulo discursa-se sobre os resultados da intervenção, abordando-se a introdução, a metodologia, os resultados e a discussão, além do relatório da intervenção para a comunidade e gestores do município.

## **1 Análise situacional**

### **1.1 Texto inicial sobre a situação da equipe de saúde**

A situação da minha Unidade de Saúde da Família (USF) peca principalmente na estrutura física, tentarei descrever aqui sobre ela. A USF está localizada nos distritos do Sequeiro Grande (estratégia de saúde da família - ESF) e Ruinha de São Cristóvão (posto de apoio) no município de Itajuípe-BA. Sendo que por ser em zona rural foi necessário juntar o número das duas comunidades para a criação da ESF com aproximadamente três mil habitantes, cobrimos dois assentamentos, sendo que apenas um é coberto pelos Agentes comunitários de Saúde (ACS). Somos compostos por um médico generalista, uma enfermeira, três técnicas de enfermagem, cinco ACS, um serviço gerais, um dentista e uma Auxiliar de Saúde Bucal (ASB).

A começar não temos nenhuma identificação do nome da unidade pintado ou em placa exposta na entrada do posto, não possuímos acesso para cadeirantes, às portas são estreitas e a cerâmica do piso não é antiderrapante.

A sala de vacina fica do lado esquerdo da entrada, só possui uma porta e o acesso chega a ser perigoso devido à presença de uma rampa sem aderência que lhe dar acesso, na qual já escorreguei ao descê-la. Não possuímos placas de identificação em todas as salas, o interior da sala de vacina é pequeno, as paredes estão com infiltração e mofo, a geladeira é menor do que o estabelecido pelo Ministério da Saúde (MS), não dispusemos de bancada acolchoada para deitar as crianças menores para vacinar, nem sempre tem água na pia devido ao tanque ser pequeno e sempre tem queda de energia pelo menos uma vez no mês temos que enviar as vacinas para a sede toda sexta-feira e retorna-as na segunda-feira.

A farmácia não possui ar-condicionado, é muito quente e abafado o local, muitas vezes temos que desprezar medicações por alterações de cor e derretimento de comprimidos, não possuímos mesa e nem cadeira no local, temos um expurgo, um consultório desativado por goteiras e falta de ventilador ou ar-condicionado, atualmente está sendo usado de copa, mas pretendo transformá-lo em uma sala para triagem.

A recepção e a triagem acontecem no mesmo local onde ficam os arquivos dos envelopes das famílias dispostos por gavetas e separados por micro áreas e fazendas. Não temos ventilador e o número de cadeiras é insuficiente para o número de pacientes.

Temos um consultório do dentista e da ASB, com ar-condicionado, e improvisação de alguns materiais como uma maca sendo usada para colocar os materiais de uso do dentista. Consultório de enfermagem e médico funcionam no mesmo ambiente, porém em turnos diferentes, com ar-condicionado, maca ginecológica e sem banheiro. Sala de curativo, nebulização e esterilização funcionam no mesmo local com materiais velho e enferrujado. Um banheiro para funcionários e um para os pacientes.

Mesmo com tanta dificuldade na estrutura física conseguimos improvisar bastante e não permitimos que isso atrapalhe no processo de trabalho da nossa equipe. Utilizamos cronogramas de acordo aos programas e demanda espontânea, realizamos salas de espera por todos os profissionais da equipe, o acolhimento é realizado pela enfermeira, técnicas de enfermagem, recepcionista, pelo dentista, ASB e ACS em qualquer ambiente da USF, a marcações todas as semanas. Realizamos reunião com todos da equipe pelo menos uma vez no mês para abertura da caixa de sugestões e críticas dos pacientes, discutimos sobre datas de visitas domiciliares e atividades educativas a serem realizadas no mês seguinte e discutimos sobre casos clínicos, ressalto que todos trabalhamos em equipe.

A relação com a comunidade se dar através do uso da caixa de sugestões e críticas, das discussões nas oficinas dos grupos de gestantes, HIPERDIA, na escola, na igreja, no assentamento, nas salas de esperas, no domicílio durante as visitas e nas reuniões de pré-conferências da saúde (infelizmente não temos um conselho local na comunidade) e nas consultas individuais. A comunidade do Sequeiro é muito política e ativa, sempre querem

o melhor, fazem abaixo assinados quando se sentem prejudicados, e já chegaram a retirar profissionais que não trabalhavam conforme o programa. Temos uma ACS que é a presidente da associação do distrito e uma técnica de enfermagem que é a presidente do conselho municipal de saúde.

Atualmente o nosso município precisa da realização de um concurso público para tentar acabar com essa fragilidade e rotatividade de alguns profissionais. Conheço todo mundo pelo nome e apelidos, a minha relação com a comunidade é muito boa. Já questionei com a nova gestão do município sobre as dificuldades estruturais e já enviei um relatório para a Coordenação da Atenção Básica cobrando melhorias, reformas e solicitando equipamentos e matérias de insumo. Atualmente estamos no aguardo das mudanças.

## **1.2 Relatório da Análise Situacional**

Sou enfermeira concursada há seis anos do município de Itajuípe, localizado na região do Sul da Bahia, região cacauzeira, Produto Interno Bruto (PIB) 56,5% com 21.081 habitantes. Temos um hospital pelo Sistema único de Saúde (SUS) com capacidade para 60 leitos que irá a leilão e sofre com a falta de plantonistas, uma Unidade Básica de Saúde (UBS) com diversas especialidades (ginecologista, obstetra, pediatra, geriatra, psicóloga, nutricionista, fisioterapeuta, assistente social, farmacêutica, enfermagem, clínico geral, psiquiatra, infectologista e outros) e o Programa dos Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Além disso, contamos com quatro Unidades de Saúde da Família (USF) na zona urbana e duas na zona rural que cobrem quatro distritos. Não temos Núcleo de Atenção à Saúde da Família (NASF), temos um Centro de Especialidades Odontológica (CEO) para onde referenciamos alguns pacientes para tratamentos mais complexos. Existe disponibilidade de atenção especializada na UBS, CEO e Hospital através do agendamento ou encaminhamento pela Equipe de Saúde da Família. Possuímos três laboratórios no município, porém a marcação dos exames é demorada e os pacientes reclamam, contamos também com um mamógrafo da Fundação Lourdes Lucas.

A USF em que trabalho é na zona rural é uma ESF com modalidade 1 com Equipe de Saúde Bucal 1 (ESB). Somos responsáveis por 1.438 pessoas

da área adscrita. A USF está localizada nos distritos do Sequeiro Grande (ESF) e Ruinha de São Cristóvão (posto de apoio) no município de Itajuípe-BA. Sendo que, por ser em zona rural, foi necessário agrupar o número das duas comunidades para a criação da USF. Cobrimos também dois assentamentos, sendo que apenas um é coberto pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Não possuímos vínculo com instituições de ensino atualmente. Somos compostos por um médico generalista, uma enfermeira, quatro técnicas de enfermagem (dois em cada posto), cinco ACS, um recepcionista, duas auxiliares de serviços gerais (uma em cada posto). Também dispomos de um dentista e um Auxiliar de Saúde Bucal (ASB), os quais ficam lotados no Sequeiro Grande porque só possuímos um consultório odontológico para as duas comunidades.

A estrutura física da minha USF não possui nenhum ponto positivo. Para começar, não temos nenhuma identificação do nome pintado ou em placa exposta na entrada do posto, dificultando a sua localização por pessoas novas na comunidade. Não possuímos acessibilidade, falta acesso para cadeirantes, as portas são estreitas e a cerâmica do piso não é antiderrapante. A pintura do posto é antiga, apresentando mofo e goteiras nas salas, a USF é pequena e não há espaço para ampliá-la.

A sala de vacina só possui uma porta e o acesso chega a ser perigoso devido à presença de uma rampa sem aderência que lhe dar acesso, na qual já escorreguei ao descê-la. Não possuímos placas de identificação nas portas das salas, o interior da sala de vacina é pequeno, as paredes estão com infiltração e mofo, a geladeira é menor do que o estabelecido pelo Ministério da Saúde (MS), não dispomos de bancada acolchoada para deitar as crianças menores para vacinar, nem sempre tem água na pia devido ao tanque ser pequeno e sempre tem queda de energia pelo menos uma vez no mês. Para garantir, temos que enviar as vacinas para a sede toda sexta-feira e retorna-las na segunda-feira.

A farmácia não possui ar-condicionado, é muito quente e abafada, muitas vezes temos que desprezar medicações por alterações de cor e derretimento de comprimidos, não possuímos mesa e nem cadeira no local, temos um expurgo, um consultório desativado por goteiras e falta de ventilador



ou ar-condicionado, estava sendo usado de copa, mas após a pós-graduação transformei-o na sala de triagem.

A recepção fica no mesmo local dos arquivos e dos envelopes das famílias dispostos por gavetas, separados por micro áreas e fazendas. Não temos ventilador na recepção e o número de cadeiras é insuficiente para o número de pacientes. Estamos com uma recepcionista a qual está ajudando muito no processo de trabalho.

Temos um consultório para o cirurgião-dentista e ASB, com ar-condicionado defeituoso, e improvisação de alguns materiais como uma maca sendo usada para colocar os materiais de uso odontológico. Há também um consultório único de enfermagem e médico, sendo usada em turnos diferentes, com ar-condicionado, maca ginecológica quebrada e sem banheiro.

A sala de curativo, nebulização e esterilização funcionam no mesmo local, com material velho e enferrujado, temos até uma estufa muito antiga que ainda funciona. Também possuímos um banheiro para funcionários e um para os pacientes.

Mesmo com tanta dificuldade na estrutura física, conseguimos improvisar bastante e não permitimos que isso atrapalhe o processo de trabalho da equipe. Utilizamos cronogramas de acordo com os programas e demanda espontânea. Realizamos salas de espera por todos os profissionais da equipe, enfermeira, técnicas de enfermagem, recepcionista, pelo dentista, ASB e ACS em qualquer ambiente da USF e toda semana é realizado o agendamento dos pacientes para as consultas médicas, de enfermagem e odontológicas. Como não possuímos cadeiras suficientes e espaço na sala de espera, realizamos as atividades de grupo na igreja e na escola.

A priori já estamos tentando resolver certas pendências encontradas por meio da confecção da matriz de intervenção da USF do Sequeiro Grande. A matriz já foi enviada para a Coordenadora da Atenção Básica, aguardamos agora o agendamento do dia para nos reunirmos com os gestores e apresentarmos as dificuldades encontradas. Nesta matriz, mostramos como está sendo e como deveria ser o atendimento seguindo as recomendações do MS. Além disso, anexamos os questionários do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) acerca dos instrumentos, equipamentos, medicações que dispomos em quantidade

suficiente ou não. Já foi enviado o pedido para o Requalifica UBS, mas segundo a Coordenadora da Atenção Básica, não seremos contemplados porque o gestor passado não enviou o relatório do que foi feito com o dinheiro enviado no ano passado. Além disso, uma de nossas metas é fornecer orientação aos pacientes sobre seus direitos de atendimento e de cobrarem resolutividade na marcação dos exames e demais situações.

Já questionei com a nova gestão do município sobre as dificuldades estruturais e já enviei um relatório para a Coordenação da Atenção Básica cobrando melhorias, reformas e solicitando equipamentos e materiais de insumo. Atualmente estamos no aguardo das nossas reivindicações.

Na elaboração dos processos de territorialização e mapeamento da área de atuação da ESF, seria importante a participação de todo o conjunto da equipe. Quando foi feito o último tínhamos outro médico. O mapa da área de adscrição da unidade já estragou com o tempo, teremos que elaborar outro e esse tentará fazer com que todos participem novamente na sua confecção. Pretendemos identificar os grupos, pessoas e famílias de risco, bares, igrejas, orelhões, esgotos e outros. O problema atual é o não fornecimento, pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS), dos insumos para a sua confecção. Com o mapa elaborado poderíamos ter uma visão mais ampla do território e identificar possíveis focos de agravos e relacionarmos com algum motivo da rua (esgoto a céu aberto, por exemplo).

Todos profissionais da ESF na qual estou inserida, exceto a recepcionista, realizam o cuidado em saúde à população da área de abrangência no domicílio, através do agendamento prévio com o ACS. A nossa única dificuldade era a de convencer o médico, a fazer a visita domiciliar (VD) a pessoas com diminuição na mobilidade, porque no pensamento dele, a VD é para ser feita somente aos pacientes acamados. Temos que realizar a prevenção e promoção da saúde e não somente a cura do já doente. Mas finalmente depois de algumas queixas de pacientes à SMS, ele decidiu sair da equipe por escolha própria, depois da pressão que os pacientes fizeram reclamando do mau atendimento e falta de compromisso com a comunidade.

Quanto aos ACS, só tenho elogios, porque fazem além das suas atribuições. Por exemplo, estavam entregando exames agendados aos pacientes e só pararam porque, após reunião com o sindicato, identificaram

como função extra. Muitas vezes recebi a ajuda deles no posto na época em que não possuíamos recepcionista. Somos uma equipe mesmo, quando recebemos a lista do peso da bolsa família, somos sempre os primeiros a entregar a relação das pessoas pesadas.

Realizamos o cuidado à população na igreja, no assentamento e nas escolas. Não possuímos indústrias, espaços comunitários e sede de associação dos moradores do distrito.

Na minha USF não são realizadas pequenas cirurgias e o atendimento de urgência e emergência é restrito a pequenos casos, devido à falta de equipamentos e instrumentos necessários para a sua realização. O paciente tem que se deslocar até a cidade para ser atendido.

Todos os profissionais, exceto o médico, realizam a busca ativa dos faltosos. Ficamos tristes porque o médico não possuía perfil para trabalhar em ESF, ele não estava cumprindo a carga horária, chegava ao posto atendia e ia embora, prescrevia medicações que ele sabia que o paciente não teria condições de comprar, encaminhava quase que 80% dos pacientes para outras especialidades, não examinava o paciente como um todo.

Enfatizo a importância de um curso de treinamento tipo o de Introdutório do PSF, o qual era requisito em 2003, e que os gestores antes de contratarem os profissionais, façam um levantamento da experiência do profissional nessa função. Deveriam só aceitar o profissional, após notarem o perfil correto para tal função ou que seja cobrado pelo MS e, como um pré-requisito, o curso de especialização em saúde da família para todos os profissionais da ESF. Todos os profissionais da minha USF, exceto o médico receberam treinamento sobre a ESF e sabem as atribuições da equipe e individuais.

Ainda falando em VD, as atividades/procedimentos realizados no domicílio são: entrega de medicações orais e administração de injetáveis, vacinação, curativo, nebulização, educação em saúde, revisão dos usuários com problemas de saúde, aferição da Pressão Arterial (PA), glicemia capilar, coleta de exames, revisão puerperal, consultas médicas, de enfermagem, odontológicas, fisioterapia e nutrição.

As atividades de grupo são realizadas por todos da ESF, exceto o médico. Atualmente só temos grupos de Hipertensos, Diabéticos, Gestantes e Idosos com a realização de atividades bimestrais e passaremos a realizá-las

mensalmente. Criaremos grupo de mães e adolescentes para serem trabalhados temas mensalmente na USF.

Não trocamos sonda e bolsa de pacientes ostomizados por não dispormos na unidade desses materiais. Infelizmente os encaminhamos para o Hospital do município. Nós profissionais, encaminhamos os usuários a outros níveis do sistema respeitando o fluxo de referência e contrarreferência, porém não existem protocolos na ESF, apenas acordos entre os profissionais com a gestão. O plano terapêutico é seguido e mantido até na internação domiciliar.

Somente os técnicos de enfermagem, enfermeiro e ACS realizam as notificações compulsórias de doenças ou agravos notificáveis. O médico, o dentista, ASB e recepcionista não o faziam, por falta de conhecimento ou falta de disposição. Se cada um preenche-se a ficha do agravo que atendeu, o serviço andaria mais rápido. A busca ativa é realizada pelo: enfermeiro, técnico de enfermagem, ACS, ASB, dentista e recepcionista. Lembramos na reunião da equipe sobre o preenchimento das fichas de notificações por todos da equipe. Furneci modelos para serem realizados e a lista das doenças de notificação.

Possuímos uma equipe que acompanha 1.438 pessoas, ou seja, estamos dentro do ideal que seria em média 3 mil habitantes a depender das condições de vida dos moradores. De acordo as estimativas da distribuição brasileira, em nossa área teriam 705 homens e 733 mulheres, portanto mais mulheres do que homens e a minha realidade mostrou 740 homens e 698 mulheres.

Como já havia dito antes, a nossa unidade é pequena e não comporta todos os pacientes sentados na sala de espera, a nossa equipe é suficiente para o atendimento da comunidade. Em termos de acolhimento, este se dá pelos profissionais, enfermeira, técnicas de enfermagem, ASB, dentista, ACS e recepcionista. Ele acontece nos dois turnos e todos os dias na recepção, sala de triagem, no consultório de enfermagem e dentista. A modelagem do acolhimento da minha ESF é pela equipe de referência do usuário, todos que chegam têm suas necessidades escutadas e são atendidos dentro da medida do possível. São agendados 12 pacientes, seis demanda espontânea e quatro urgência por turno, muitas vezes esse valor é ultrapassado.

A equipe conhece a avaliação e classificação de risco biológico e vulnerabilidade social para definir o encaminhamento da demanda do usuário. Estes solicitam consultas para o enfermeiro, quando estão com problemas de saúde agudos, que precisam ser atendidos no dia de forma imediata/ prioritária. Em se tratando de atendimento prioritário/imediato, a consulta de enfermagem acontece imediatamente.

O dentista realiza as consultas dos usuários que necessitam ser atendidos como urgência no dia e ocorre excesso de demanda da área adscrita e fora de área. Aos que não podem ser atendidos no dia, devido à falta de instrumentais esterilizados necessários, a ASB agenda para o dia seguinte. De qualquer maneira, o usuário é medicado ou encaminhado para o CEO, para fazer algum outro procedimento que não dispomos na nossa unidade.

Enfim, quantas vezes já recebi, durante a consulta de enfermagem, a recepcionista no meu consultório me perguntando se eu poderia atender ao usuário "X", com transtornos mentais, que alegava querer passar por mim por não estar se sentindo bem e na realidade o que ele queria era apenas a nossa atenção (escuta). Um simples copo de água como remédio o curava instantaneamente e o fazia voltar para casa grato e feliz com todos da equipe.

Desenvolvemos na nossa USF, algumas ações de atenção à saúde da criança como, por exemplo: o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças de 0 a 72 meses, seguindo o cronograma de agendamento do MS, triagem neonatal, visita domiciliar, vacinação, suplementação de ferro e vitamina A, peso da bolsa família, avaliação de saúde bucal e educação em saúde.

Estamos apenas com 53% de cobertura, porém o número de 26 crianças segundo a estimativa do IBGE está bem maior do que o real (14). Dessas 14 crianças, apenas uma ainda não havia sido acompanhada porque faltei no dia de fazer a visita puerperal à sua mãe, mas já fui com a ACS imediatamente quando retornei ao posto, sendo que ela já estava vacinada e com o teste do pezinho realizado.

Recentemente recebemos o caderno de atenção da criança do MS na nossa USF, quando precisamos referenciá-las para outro setor, utilizamos o impresso de referência e contra referência do município. A puericultura é realizada uma vez na semana nos dois turnos e a demanda espontânea

também é atendida de imediato, se for morador de fazenda ou com queixa, caso contrário é agendada para o dia certo.

Realizei a atualização do caderno de registros da puericultura com algumas informações importantes como avaliação de saúde bucal e criei uma nota informativa que será anexada ao prontuário da criança. Os profissionais que realizam a puericultura são: enfermeiro, técnico enfermagem, dentista e ASB, no momento continuamos sem médico. As crianças atendidas já saem das consultas pré-agendadas. Cerca de 5% das crianças são de área descoberta. Precisamos melhorar também o monitoramento e realização de atividades educativas com as mães das crianças mensalmente, tentarei discutir com os ACS uma estratégia para tentarmos agrupá-las de acordo a idade dos seus filhos.

Em relação ao pré-natal (PN) realizamos as consultas de enfermagem, médica (quando tínhamos) e avaliação de saúde bucal. É reservado um dia da semana nos dois turnos para as consultas de PN, sendo que atendemos mesmo se forem fora do dia os casos agudos. Solicitamos todos os exames de rotina do pré-natal na primeira consulta, atualizamos a situação vacinal, solicito e realizo a coleta do Papanicolau, encaminhamos para avaliação com o dentista, realizamos atividades educativas, fornecemos as suplementações de ácido fólico e sulfato ferroso de acordo a idade gestacional. Atualmente recebemos o manual novo do MS, atualizei e acrescentei algumas informações no livro de registro e realizamos o monitoramento regular destas ações.

A cobertura do PN na minha USF encontra-se em 60%, devido ao número estimado de gestantes na área serem de 22 e nós só possuímos 13 gestantes, volto a reforçar que o nosso planejamento familiar é efetivo. Estamos com 100% dos exames laboratoriais solicitados na primeira consulta, vacinação antitetânica, influenza e hepatite B em dia, com prescrição de sulfato ferroso conforme protocolo. Porém, deveria ser observada não só a solicitação dos exames na primeira consulta, mas sim a data de apresentação dos seus resultados, que estão demorando cerca de 4 meses para serem realizados e quanto à prescrição do sulfato ferroso, no momento continuamos aguardando a nova remessa já solicitada pela nutricionista.

Apenas 3 gestantes não realizaram o PN no mês por não terem sido agendadas após saírem da consulta com o médico no mês anterior, ou seja,

apresentamos uma cobertura de 77%. Apenas 11 iniciaram o PN no primeiro trimestre e participaram das orientações para o aleitamento materno exclusivo, ou seja, 85% uma boa cobertura se levarmos em consideração que as duas que demoraram para iniciar o PN são menores de idade (13 e 14 anos) e tentavam esconder a gravidez dos pais e da sociedade por serem novas. Apenas 9 estão com os exames ginecológicos em dia, ou seja, 69%. As quatro que faltam realizá-los são menores de 20 anos e apresentam certa resistência por ser a primeira vez. Reforço que o exames já foram solicitados e acredito que devam esperar eu retornar de férias para colherem. Com relação à avaliação da saúde bucal estamos com baixo percentual de 23%, ou seja, apenas três gestantes foram avaliadas. Já estamos buscando aumentar a cobertura através da obrigatoriedade do agendamento com o dentista para realizarem o PN, igual fazemos com as vacinas. Um ponto a ser melhorado é o registro de todos os dados possíveis no livro do PN (consultas, vacinas, exames, saúde bucal) para agilizar a captura dos dados. Outro ponto importante que pode ser melhorado é orientar a recepcionista para ficar atenta a todas as gestantes que saírem da consulta médica passarem na recepção para agendar a próxima. Quanto às atividades educativas, seria interessante darmos continuidade a uma por mês e com no máximo dois temas para não ficar muito cansativo, pois aproveitamos o momento para ouvi-las e tirarmos dúvidas.

As ações que desenvolvemos de atenção à Prevenção do Câncer de Colo do Útero e controle do Câncer de mama são coleta do citopatológico do útero para todas as mulheres independentemente da idade, realização do exame clínico das mamas e solicitação de mamografia de rastreamento para as mulheres de 50 a 69 anos, desenvolvemos atividades educativas através de sala de espera e damos seguimento aos casos. Realizamos a coleta uma vez na semana e nos dois turnos.

A cobertura das coletas de citologias é de 53%, porém o número estimado é maior que o real. Nas reuniões que participamos trimestrais na SMS com a Coordenadora da Atenção Básica sempre somos parabenizados pela boa cobertura de prevenção do câncer (CA) ginecológico. Ao observar a cobertura de 83% de mulheres com a coleta em dia é o mais condizente.

Os nossos indicadores de coletas em dia estão de 83% e de 17% os com atraso, possuímos 3% dos resultados com câncer de colo uterino alterado e dados seguímentos. Além disso, 100% foram avaliadas as situações de risco, receberam orientações sobre prevenção do CA de colo do útero e Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs). Apenas 69% tiveram exames coletados com células representativas da junção escamocolunar, lembrando que algumas pacientes passaram por histerectomia total e outras estavam na condição de gestante o que não permite a coleta da endocérvice (glandular), ou seja, considero uma boa porcentagem já que 99% das amostras foram satisfatórias.

Para melhorarmos nossa cobertura, daremos continuidade à busca ativa pelos ACS das faltosas, mensalmente sentamos para refazer a lista das faltosas por micro área. Utilizamos o caderno de registro das citologias para encontrarmos as faltosas. Iremos priorizar agora as coletas para a população alvo de 25 a 64 anos, onde antes coletávamos e cobrávamos de todas independentemente da idade. Ressalto que descobrimos uma adolescente de 18 anos com Neoplasia Intra-epitelial Cervical (NIC)II e (NIC)III, seria preocupante se esperássemos mais 7 anos para realizar a coleta dela.

Quem realiza a coleta do citopatológico na minha USF sou eu, até porque ficou estabelecido pelo gestor que apenas os enfermeiros realizariam a coleta. Percebi na leitura das atribuições dos profissionais que o médico e o técnico de enfermagem também podem colher, porém nunca vivenciei essa realidade. Não possuímos protocolo na minha USF, as atividades educativas são realizadas em sala de espera e em reuniões com mulheres na igreja, os profissionais que participam são: enfermeira, técnica de enfermagem, ASB, dentista e ACS. Identificamos nos últimos 3 anos 5 mulheres com resultados alterados e deram continuidade no seguimento.

A cobertura de mamografia foi de 78%, porém não condiz com a realidade, porque não significa que as minhas 93 mulheres realizaram a mamografia, porque dessas 93 mulheres apenas 43% estão com a mamografia em dia e 57% estão atrasadas, devido a esses valores provavelmente será o meu tema para o Trabalho de Conclusão de Curso (TCC). Porém todas as que a realizaram foram avaliadas para risco e orientadas quanto à prevenção (43%). Apenas o médico podia solicitar a mamografia de rastreamento no



nosso município e agora fomos autorizadas esse ano a fazermos a solicitação, o que irá ajudar a ampliar essa cobertura.

Para melhorar a cobertura e melhorar a qualidade do controle do Câncer da Mama na minha USF o primeiro passo é criar um livro registro das mamografias, fiz uma lista das faltosas e solicitei aos ACS para durante a VD confirmar com elas quem realmente falta realizar a mamografia de rastreamento, e assim que eu retornar de férias agendará uma data para as atende-las. Realizaremos mutirões em locais públicos para conscientização, orientação de educação em saúde e captação das faltosas. Outro ponto importante é o envolvimento de toda a equipe (médico, enfermeira, dentista, ASB, ACS, técnico de enfermagem, recepcionista e zeladora) para atingirmos a meta, e atendemos a paciente numa visão holística como um todo (saúde bucal, saúde das mamas, útero, climatério, emocional, nutricional, social e outros). Envolveremos os profissionais que não participam do planejamento, gestão, avaliação e monitoramento das ações na atenção à saúde da mulher, a começarem participar das reuniões de forma a participar ativamente deste processo.

Percebi também uma dificuldade durante a coleta dos dados no prontuário, algumas mulheres realizam as mamografias solicitadas pela ginecologista da UBS, e não tenho como saber pelo prontuário por não ter o resultado anotado, por isso fiz a lista para os ACS confirmarem quem realmente falta realizar o exame, ou seja, os dados não são 100% confiáveis.

A estratégia que utilizamos no município é o envio pela Coordenação da Atenção Básica dos seguimentos de cada posto, a partir daí realizamos a busca ativa das pacientes com a ajuda dos ACS e daremos continuidade ao seguimento. Mais uma vez o grande problema continua sendo a demora na marcação dos exames complementares como Ultrassonografia (USG) das mamas, pois ainda temos pacientes aguardando serem agendadas desde o ano passado devido à mudança da gestão. Assim, foi preciso fazer nova solicitação para a paciente, pois suspeito que perderam as solicitações antigas. Pretendemos ampliar a cobertura das mamografias através das solicitações de enfermagem, exame clínico e apoio da secretaria municipal com a liberação das cotas.

Outra atividade ocorre com o grupo de indivíduos com hipertensão e diabetes (HAS/DM). A estimativa do número de hipertensos é quase o dobro da minha realidade, o que pode estar acontecendo é o subdiagnóstico. Alguns pacientes só procuram a USF quando estão doentes, principalmente os homens. Mas aferimos a pressão arterial de todos, inclusive crianças, durante a triagem para fazer o rastreamento dos hipertensos. A minha cobertura foi de 45%, porém não condiz com a minha realidade, porque não possuímos essa quantidade de hipertensos na nossa área de cobertura. Cerca de 66% tinham passado pela estratificação de risco cardiovascular por critério clínico, 21% apresentaram atraso da consulta em mais de 7 dias, 66% apresentavam exames periódicos em dia, e 100% tinham orientação sobre prática de atividade física e nutricional. Quanto à avaliação de saúde bucal em dia não tive como contabilizar, pois não possuímos formulário específico para esse grupo, então fiquei com zero por cento, mas sei que eles são atendidos na nossa USF pelo dentista e ASB.

Já a estimativa de 87 diabéticos residentes na área parece adequada à minha realidade, pois ficou próxima do real de 68 pacientes. Poderão existir 19 pessoas diabéticas sem o devido diagnóstico, pois possuímos muitos pacientes acima do peso e com vida sedentária. Quanto à cobertura de diabéticos na minha USF foi de 79%, considero boa, porém precisamos melhorar no atendimento clínico do médico e enfermeira.

O nosso processo de trabalho de atendimento aos hipertensos e diabéticos pode ser aperfeiçoado através da modificação do cronograma de atendimento de enfermagem e médico, porque realizo o atendimento desse grupo em um dia da semana nos dois turnos. Porém, como trabalho em duas unidades, Sequeiro a tarde e Ruinha pela manhã, teremos que oportunizar ao distrito mais dias nos dois turnos. Porém, temos um problema pela falta de consultório para atendimento concomitante do médico e enfermeira. Poderei usar esse turno para a realização de atividades educativas, cadastros e monitoramento. No Sequeiro a demanda é muito grande, já cheguei a atender em um turno 22 pacientes, e infelizmente a consulta vira uma mera distribuição de medicamentos. Não temos manual de atendimento ao hipertenso no posto.

Possuímos um número grande de hipertensos faltosos, cerca de 21%, mesmo todos já saindo da UBS com suas consultas agendadas para o próximo

mês. Os faltosos alegam esquecimento do dia ou que ainda possuem medicação em casa, sendo que distribuímos a medicação suficiente até a data agendada. Utilizamos os ACS para realizarem a busca ativa dos faltosos e identificarem os pacientes que fazem o uso incorreto da medicação. Realizamos atividades educativas mensais nas duas unidades onde abordamos os temas de hipertensão, qualidade de vida, atividade física, alimentação saudável, combate ao tabagismo e alcoolismo. Poderemos melhorar o registro dos prontuários, criando uma nota tipo autoadesiva e colocando na frente do prontuário, mantendo atualizadas as datas das avaliações bucais, as datas dos últimos exames de rotina e vacinas.

Em relação aos pacientes portadores de diabetes, fiquei triste com os resultados, principalmente por ter percebido que nem eu e nem os médicos que já passaram por aqui estavam realizando o exame físico dos pés, a palpação dos pulsos e a medição de sensibilidade das extremidades, este último por não termos monofilamento. Com relação a estes pacientes, 74% tinham estratificação de risco cardiovascular por critério clínico, 23% com atraso da consulta em mais de 7 dias, e 54% com exames periódicos. Porém, 100% apresentavam orientação sobre prática de atividade física e nutricional. Quanto à avaliação de saúde bucal em dia não tive como contabilizar, pois não possuímos formulário específico para esse grupo, então fiquei com zero por cento de cobertura, mas sei que eles são atendidos na nossa USF pelo dentista e ASB.

Necessitamos de cursos de atualização no atendimento médico e de enfermagem aos pacientes portadores de diabetes, seguimento de um protocolo de atendimento por todos os profissionais do município e disponibilização dos cadernos de atenção básica nas USF para consultas e estudos em grupos com a equipe. No mais tudo o que já disse na última questão do hipertenso cabe aqui também: melhorar os registros no prontuário, marcar as informações importantes com marca texto e dar continuidade as atividades educativas mensais com o grupo dos diabéticos. Será discutida com a equipe a realização de um mutirão para encontrar possíveis hipertensos e diabéticos na área.

Realizamos a atenção à saúde dos idosos, no mesmo dia que atendemos o Hiperdia. Nesse dia, são realizadas consultas médicas, de

enfermagem, odontológica, nutricional e fisioterapeuta. Possuímos um manual técnico na Unidade, caderneta dos idosos e registro específico. Nas consultas atualizamos as vacinas, orientamos sobre cuidados e qualidades de vida.

Possuímos muito mais idosos do que o estimado, ficamos com 144% dos idosos, porque o estimado era 158 e possuímos 227, sendo que 124 do sexo masculino e 103 do sexo feminino. Porém pode ser explicado através das melhores condições de vida, possuímos duas idosas centenárias na área. Apenas 169 estão sendo acompanhado regularmente pela nossa ESF, o que totaliza 74% de cobertura em dia. Possuímos 74% dos idosos com caderneta de saúde do idoso, avaliação multidimensional rápida, avaliação de risco para morbimortalidade, indicação de fragilidade na velhice, orientação nutricional e física. Sendo 63% com acompanhamento em dia e 37% com atraso, 49% são hipertensos, 23% são diabéticos e 35% estão com avaliação em saúde bucal em dia.

Para melhorarmos a cobertura e melhorar a qualidade da atenção aos idosos daremos continuidade ao preenchimento das cadernetas da saúde do idoso e devidas atualizações, através da inclusão da saúde bucal na caderneta. Além disso, será realizada uma lista dos idosos por micro área para realização dos convites para as atividades educativas e acompanhamento nas visitas domiciliares. Utilizarei o protocolo de atendimento ao idoso para sistematizar o atendimento e prestar um cuidado mais qualificado. Estabeleceremos uma rotina de agendamento dos idosos para avaliação de saúde bucal, com listagem dos principais agravos e, principalmente ao portador de agravos, garantir que ao sair da consulta na UBS tenha a próxima consulta agendada. Conversaremos com os gestores sobre a solicitação da Caderneta do Idoso, e disposição de ficha específica para idosos onde constem os dados dessa caderneta. Realizaremos mutirões em locais públicos para essa população atentando para: Diagnóstico e tratamento do tabagismo, do alcoolismo e de problemas de saúde mental, estimulando os idosos que comparecerem para frequentar o grupo de idosos da unidade. Envolveremos os profissionais que não participam do planejamento, gestão, avaliação e monitoramento das ações na atenção aos idosos, a começarem participar das reuniões de forma a participar ativamente deste processo. Ampliaremos a assistência domiciliar por todos os membros da equipe para reduzir esse atraso em mais de 3 meses nas

consultas e atentaremos a equipe para verificar os sinais de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), mas principalmente de Diabetes Melitus (DM) nesta população, pois está muito baixo e deve haver muitos casos não diagnosticados.

### **1.3 Comparação sobre o texto inicial e o relatório da análise situacional.**

Enfim o desafio é grande, pois precisaremos melhorar muitas coisas desde a infraestrutura que será o nosso maior desafio até o atendimento clínico mais holístico por todos da equipe. Após a leitura comparativa do texto da descrição da situação da minha ESF na segunda semana de ambientação com este relatório cheguei à conclusão que ainda não conseguimos nenhuma alteração significativa na infraestrutura e que de positivo realizamos algumas modificações internas nas salas, atendimento, novos registros e cronogramas, ou seja, continuamos aguardando o que possa ser feito pela SMS e que cabe a nós atuar na medida do possível para melhorar a qualidade do atendimento ao público. Antes da análise situacional a ideia do serviço era mais voltada para a importância da infraestrutura da USF, como poderia ser afetado todo o desenvolvimento das atividades e após a análise situacional pode se perceber que devemos qualificar o atendimento em todos os programas, trazendo como impactantes positivos melhoras estruturais da unidade, registros nos programas e atendimento clínico holístico por todos da equipe.

## **2 Análise estratégica – projeto de intervenção**

### **2.1 Justificativa**

A importância epidemiológica do câncer no Brasil e sua magnitude social, as condições de acesso da população brasileira à atenção oncológica e os custos cada vez mais elevados na alta complexidade refletem a necessidade de estruturar uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada que garanta atenção integral à população de todo o país. A alta incidência e mortalidade por câncer do colo do útero e de mama no Brasil justificam a implantação de normas para o controle dessas doenças que incluam desde a atenção básica (promoção de saúde, prevenção e detecção precoce) até a alta complexidade com acesso à rede de serviços quantitativa e qualitativamente, capazes de suprir essas necessidades em todo o país (BRASIL, 2013).

A população alvo para a prevenção do câncer do colo do útero e mama segundo o Ministério da Saúde é respectivamente a mulher de 25 a 64 anos e de 50 a 69 anos, as quais farão parte do meu TCC as residentes na área de abrangência cobertas por ACS da minha USF do Sequeiro Grande. A cobertura das coletas de citologias é de 83% e da mamografia é de 43%. A adesão para a coleta dos preventivos pode ser considerada boa, porém estava sendo realizada indiscriminadamente em todas as faixas etárias, principalmente com as mais jovens e a da mamografia encontrava-se baixa porque apenas os médicos podiam solicitar e agora os enfermeiros também podem o que já estar melhorando consideravelmente também por termos um mamógrafo no

município. Desenvolvemos atividades educativas através de sala de espera, reuniões com a comunidade e damos seguimento aos casos.

A intervenção é necessária para que possamos melhorar a qualidade da atenção prestada à saúde da mulher da nossa comunidade. Atualmente a cobertura para o câncer de colo de mama e útero são respectivamente, 78% e 53%. Em relação ao controle do câncer de mama, da população cadastrada, apenas 43% apresentam mamografia em dia, avaliação de risco e orientações sobre prevenção. Para o câncer de colo uterino, 17% estão com exames de colo uterino em atraso há mais de 6 meses e em apenas 69% dos exames coletados haviam células representativas da junção escamocolumnar. Possuímos aspectos favoráveis que viabilizam a realização do projeto como coleta semanal do preventivo do colo do útero e resultado em tempo hábil, realização da mamografia pelo SUS no próprio município ilimitado, equipe comprometida em ajudar, meu tempo de trabalho de 6 anos na mesma comunidade e confiança das pacientes na Equipe. Assim, pretendo que a cobertura seja ampliada e a população alvo rastreada para o câncer do colo do útero e de mama regularmente de acordo aos protocolos do MS, sejam estabelecidas situações de risco, receba informações de qualidade de vida, prevenção dos cânceres e DST, promoção de saúde e tratamento, melhorando assim a atenção à saúde da população alvo.

## **2.2 Objetivo geral**

Qualificar o programa de prevenção ao câncer do colo do útero e de mama nas mulheres acompanhadas pela Equipe de Saúde da Família do Sequeiro Grande-Zona Rural de Itajuípe-BA.

## **2.3 Objetivos específicos**

1. Ampliar a cobertura de detecção precoce do câncer de colo e do câncer de mama.

2. Melhorar a adesão das mulheres à realização de exame citopatológico de colo uterino e mamografia

3. Melhorar a qualidade do atendimento das mulheres que realizam detecção precoce de câncer de colo de útero e de mama na unidade de saúde
4. Melhorar registros das informações
5. Mapear as mulheres de risco para câncer de colo de útero e de mama.
6. Promover a saúde das mulheres que realizam detecção precoce de câncer de colo de útero e de mama na unidade de saúde

## **2.4 Metas**

Relativas ao objetivo 1:

1. Ampliar a cobertura de detecção precoce do câncer de colo uterino das mulheres na faixa etária entre 25 e 64 anos de idade para 85%.
2. Ampliar a cobertura de detecção precoce do câncer de mama das mulheres na faixa etária entre 50 a 69 anos de idade para 80%.

Relativa ao objetivo 2:

1. Buscar 100% das mulheres que tiveram exame alterado e que não retornaram a unidade de saúde.

Relativa ao objetivo 3:

1. Obter 100% de coleta de amostras satisfatórias do exame citopatológico de colo uterino.

Relativa ao objetivo 4:

1. Manter registro da coleta de exame citopatológico de colo uterino e realização da mamografia em registro específico em 100% das mulheres cadastradas nos programas da unidade de saúde.

Relativa ao objetivo 5:

1. Manter registro da coleta de exame citopatológico de colo uterino e realização da mamografia em registro específico em 100% das mulheres cadastradas nos programas da unidade de saúde.



Relativa ao objetivo 6:

1. Orientar 100% das mulheres cadastradas no livro registro sobre doenças sexualmente transmissíveis (DST) e fatores de risco para câncer de colo de útero e de mama.

## **2.5 Metodologia**

### **2.5.1 Detalhamento das ações**

De acordo com o levantamento realizado durante a análise situacional e considerando a governabilidade da equipe, optamos por desenvolver estratégias de prevenção e detecção do câncer de colo de útero e mamas. Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de quatro meses na USF do Sequeiro Grande situada na zona rural do município de Itajuípe. Participarão deste projeto todas as mulheres residentes da área que tenham entre 25 e 69 anos de idade, de acordo com o tipo de câncer a ser rastreado. A estimativa é realizar 85% de exames citopatológicos de colo de útero e 80% de mamografias com a intervenção. O levantamento da realização dos exames foi realizado de início nos prontuários e depois foi realizada a busca ativa das faltosas pelos ACS e enfermeira para a realização de novos exames de mamografia e citopatológico. As planilhas fornecidas pelo curso de Especialização em Saúde da Família/UFPel serão alimentadas semanalmente pela enfermeira. Serão monitoradas as mulheres entre 25 e 64 anos de idade que adentrarem a Unidade para realizar o exame ginecológico e 50 a 69 anos de idade com necessidade de mamografia.

Para ampliar a cobertura de detecção precoce do câncer de colo uterino e mamografia, no eixo organização e gestão do serviço, serão acolhidas e cadastradas todas as mulheres citadas acima, com ajuda dos ACS, os quais possuem a ficha de cadastro de cada morador atualizada mensalmente. Todas as mulheres que residem há pelo menos três meses na micro área possuem cadastro. Trabalharemos com porta aberta do serviço, sendo realizado agendamento prévio de consulta, sempre que possível, e encaixe no dia, ou seja, demanda induzida e espontânea. Os exames serão oferecidos sempre que a paciente se apresentar a Unidade e for detectado atraso ou não

realização dos mesmos. Além disso, os próprios ACS auxiliarão no agendamento do exame, fornecendo um aviso com data e horário do exame, àquelas pacientes com dificuldade de acesso ou locomoção. Todas as ações do projeto serão baseadas nas diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero do Instituto Nacional de Câncer/INCA, 2011, e o Caderno de Atenção Básica nº 13 do MS, Controle dos cânceres de colo de útero e mama, 2013. Estes protocolos serão disponibilizados na forma impressa para toda a equipe e serão solicitados junto a Atenção da Saúde da Mulher da Regional de Saúde, a fim de disponibilizar aos profissionais da USF. Em termos de monitoramento e avaliação, serão confeccionados livros para registro das coletas de citopatológico e encaminhamento ao exame de mamografia, contendo data de coleta ou encaminhamento e resultado. Será realizada avaliação periódica, mensalmente, para a busca das faltosas. No eixo engajamento público, no dia da coleta do citopatológico de colo uterino será realizada sala de espera pelos profissionais da equipe, explicando sobre o exame, periodicidade e a importância de sua realização pelas mulheres de 25 a 64 anos e da mamografia para as mulheres de 50 a 69 anos, as quais terão acesso prioritário. Convidaremos as mulheres dessa faixa etária, que ainda não realizaram o exame, para participarem de reuniões na Unidade e igreja, para explicação dos exames e sanar possíveis dúvidas. Quanta a qualificação da prática clínica, será realizada oficina com os membros da equipe para capacitação em acolhimento, cadastramento e realização dos exames.

Para melhorar a adesão das mulheres à realização de exame citopatológico de colo uterino e mamografia, no eixo monitoramento e avaliação serão acompanhados os resultados e periodicidade dos exames de citopatológico de colo uterino e de mama registrados no livro da USF e avaliação destes mensalmente pelo enfermeiro. Em termos de organização e gestão do serviço serão disponibilizados os resultados dos exames na própria unidade para serem entregues a paciente. Trabalharemos com porta aberta do serviço para todas as mulheres que pretendam saber o resultado do citopatológico do colo de útero e/ou mamografia, sendo realizado por agendamento prévio ou por demanda espontânea. A enfermeira e os ACS realizarão visitas domiciliares em um turno da semana para buscar as mulheres faltosas, a partir de uma relação nominal elaborada pelos ACS. Durante a

busca ativa, será enfatizada a importância do exame periódico e questionado o motivo que a fez faltar à consulta. O ACS junto com a enfermeira definirão os dias para encaminhamento das faltosas da sua área. Enfermeiro e técnico de enfermagem serão os responsáveis por registrarem no livro os resultados dos exames. Casos suspeitos detectados pelo técnico de enfermagem imediatamente serão sinalizados para o enfermeiro. Durante a consulta de enfermagem será realizada a leitura do exame para a paciente e orientação da periodicidade do exame. Em termos de engajamento público serão realizadas salas de espera por todos da equipe e visitas domiciliares abordando o tema: importância da prevenção do câncer de mama e colo do útero, periodicidade preconizada para a realização dos exames, realização do autoexame das mamas e estimativa da data para receber o resultado. Convidaremos as mulheres faltosas para participarem de reuniões de grupo na unidade e igreja para explicação do exame e responder possíveis dúvidas. Será disponibilizada uma caixa de sugestões para colher estratégias para diminuir a evasão das mulheres. Em termos da qualificação da prática clínica será disponibilizado pela SMS e discutido em reunião entre a equipe mensalmente, o caderno de atenção básica de prevenção do câncer de colo do útero e de mama. A enfermeira realizará em um turno da semana quinzenalmente, a capacitação da equipe para o acolhimento da demanda, periodicidade e monitoramento dos resultados dos exames.

Pensando em melhorar a qualidade do atendimento das mulheres que realizam detecção precoce de câncer de colo de útero e de mama na unidade de saúde, no eixo monitoramento e avaliação, a enfermeira realizará a coleta do exame citopatológico de colo uterino, conforme o preconizado pelo manual citado, de forma satisfatória. Será monitorada a adequabilidade das amostras dos exames coletados pelo caderno de resultados. Possíveis erros na coleta de amostras inadequadas serão discutidos com os demais membros. Em termos de organização e gestão do serviço, serão criados arquivos organizados para acomodar os resultados dos exames e mostrar para todos da equipe o seu local e a sua finalidade. Em termos de engajamento público serão realizadas salas de espera e reuniões, para compartilhar com a comunidade e a equipe os indicadores de monitoramento da qualidade dos exames coletados mensalmente. Quanto à qualificação da prática clínica serão realizadas

reuniões para atualização da equipe na coleta do citopatológico do colo de útero, de acordo com protocolo do Ministério da Saúde, e discussão em reunião mensal da equipe.

Visando melhorar os registros das informações, no eixo monitoramento e avaliação serão avaliados mensalmente pela enfermeira, todos os registros no livro de coleta de citopatológico de colo uterino e de resultados da mamografia. Dessa forma, para melhorar a organização e gestão do serviço serão armazenadas pela equipe de enfermagem mensalmente, as fichas dos agentes comunitários de saúde no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) a partir de data agendada pela SMS. Os livros registros dos resultados dos exames de citopatológico do colo uterino e de mama serão mantidos atualizados pela enfermeira, e em sua ausência, a técnica de enfermagem será a responsável pelo preenchimento das informações. Em termos de engajamento público serão realizadas salas de espera, reuniões de grupo, consultas e visitas domiciliares, nestes momentos as mulheres serão informadas sobre o seu direito de manutenção dos registros de saúde no serviço, inclusive sobre a possibilidade de solicitação de segunda via se necessário. Em termos de qualificação da prática clínica serão desenvolvidas pela enfermeira oficinas de capacitação da equipe na prevenção do câncer de colo uterino e de mama, além de treinamento do restante da equipe para o registro adequado das informações.

É fundamental mapear as mulheres de risco para câncer de colo de útero e de mama. Assim, no eixo monitoramento e avaliação serão avaliadas e monitoradas, quanto ao risco de câncer, todas as mulheres que realizarem os exames de preventivo e solicitação de mamografia através da planilha fornecida pelo curso da UFPel. A avaliação será realizada mensalmente pela equipe de enfermagem. Em termos de organização e gestão do serviço serão identificadas as mulheres com maior risco para câncer de colo de útero e de mama as quais serão priorizadas nas marcações desses exames. Já visando o eixo engajamento público, serão realizadas salas de espera, reuniões de grupos, consultas e visitas domiciliares para esse grupo acompanhado, abordando os fatores de risco para câncer de colo de útero e de mama, medidas de combate aos fatores de risco passíveis de modificação e ensinar a população sobre os sinais de alerta para detecção precoce. Em termos de

qualificação da prática clínica, serão organizadas oficinas pela enfermeira para estudar formas de avaliação de risco para câncer de colo de útero e de mama e medidas de controle dos fatores de risco passíveis de modificação na comunidade.

Por fim, para promover a saúde das mulheres que realizam detecção precoce de câncer de colo de útero e de mama na unidade de saúde, no eixo monitoramento e avaliação será monitorado o número de mulheres que receberam orientações no livro registro de resultados de preventivos e mamografia pela equipe de enfermagem mensalmente. No eixo organização e gestão do serviço, serão solicitadas pela enfermeira, mensalmente ou conforme a necessidade, preservativos ao almoxarifado da SMS. Em termos de engajamento público serão realizadas reuniões com a comunidade na unidade e igreja, além de visitas domiciliares e salas de espera onde serão abordados os temas de uso de preservativos; a não adesão ao uso de tabaco, álcool e drogas; a prática de atividade física regular; os hábitos alimentares saudáveis. No eixo qualificação da prática clínica será organizada, pela enfermeira, um espaço para discussão. Nestes encontros a equipe definirá como orientar a prevenção de DST e estratégias de combate aos fatores de risco para câncer de colo de útero e de mama na população alvo.

### **2.5.2 Indicadores**

Meta 1. Relativa ao objetivo 1. Ampliar a cobertura de detecção precoce do câncer de colo uterino das mulheres na faixa etária entre 25 e 64 anos de idade para 85%.

Indicador: Proporção de mulheres entre 25 e 64 anos com exame em dia para detecção precoce de câncer de colo do útero.

Numerador: Número de mulheres entre 25 e 64 anos cadastradas com exames em dia para detecção precoce do câncer de colo do útero

Denominador: Número total de mulheres entre 25 e 64 anos que vivem na área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2. Relativa ao objetivo 1. Ampliar a cobertura de detecção precoce do câncer de mama das mulheres na faixa etária entre 50 a 69 anos de idade para 80%.

Indicador: Proporção de mulheres entre 50 e 69 anos com exame em dia para detecção precoce de câncer de mama.

Numerador: Número de mulheres entre 50 a 69 anos de idade com exame em dia para detecção precoce do câncer de mama.

Denominador: Número total de mulheres entre 50 a 69 anos que vivem na área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 3. Relativa ao objetivo 2. Buscar 100% das mulheres que tiveram exame alterado e que não retornaram a unidade de saúde.

Indicador A: Proporção de mulheres que tiveram exames alterados (citopatológico do colo do útero e/ou mamografia).

Numerador: Número de mulheres que tiveram exames alterados (citopatológico do colo do útero e/ou mamografia)

Denominador: Número de mulheres cadastradas com exame em dia.

Indicador B: Proporção de mulheres que tiveram exame alterado (citopatológico do colo do útero e/ou mamografia) que não retornaram à unidade de saúde.

Numerador: número de mulheres que tiveram exame alterado (citopatológico do colo do útero e/ou mamografia) que não retornaram à unidade de saúde.

Denominador número de mulheres com exame alterado.

Indicador C: Proporção de mulheres que não retornaram à unidade de saúde da família (USF) e que foram buscadas pelo serviço de saúde para dar continuidade ao tratamento.

Numerador: Número de mulheres com exames alterados (preventivo do colo de útero/mamografia) que não retornaram a USF e foram buscadas pelo serviço de saúde para dar continuidade ao tratamento.

Denominador: Número de mulheres com exames alterados (preventivo do câncer de colo de útero/mama) que não retornaram à USF para dar continuidade ao tratamento.

Meta 4. Relativa ao objetivo 3. Obter 100% de coleta de amostras satisfatórias do exame citopatológico de colo uterino.

Indicador: Proporção de mulheres com amostras satisfatórias do exame citopatológico do colo do útero.

Numerador: Número de mulheres com amostras satisfatórias do exame citopatológico do colo do útero realizados

Denominador: Número total de mulheres cadastradas no programa da unidade de saúde que realizaram exame citopatológico do colo do útero.

Meta 5. Relativa ao objetivo 4. Manter registro da coleta de exame citopatológico de colo uterino e realização da mamografia em registro específico em 100% das mulheres cadastradas nos programas da unidade de saúde.

Indicador A: Proporção de mulheres com registro adequado do exame citopatológico de colo do útero.

Numerador: Número de registros adequados do exame citopatológico de colo de útero

Denominador: Número total de mulheres entre 25 e 64 anos cadastradas no programa.

Indicador B: Proporção de mulheres com registro adequado do exame de mamas e mamografia.

Numerador: Número de registros adequados do exame de mamas e mamografia

Denominador: Número total de mulheres entre 50 e 69 anos cadastradas no programa.

Meta 6. Relativa ao objetivo 5. Realizar avaliação de risco (ou pesquisar sinais de alerta para identificação de câncer de colo de útero e de mama) em 100% das mulheres nas faixas etárias-alvo.

Indicador A: Proporção de mulheres entre 25 e 64 anos com pesquisa de sinais de alerta para câncer de colo de útero.

Numerador: Número de mulheres entre 25 e 64 anos com pesquisa de sinais de alerta para câncer de colo de útero (Dor e sangramento após relação sexual e/ou corrimento vaginal excessivo)

Denominador: Número total de mulheres entre 25 e 64 anos cadastradas no programa.

Indicador B: Proporção de mulheres entre 50 e 69 anos com avaliação de risco para câncer de mama.

Numerador: Número de mulheres entre 50 e 69 anos com avaliação de risco para câncer de mama.

Denominador: Número total de mulheres entre 50 a 69 anos cadastradas no programa.

Meta 7. Relativa ao objetivo 6. Orientar 100% das mulheres cadastradas sobre doenças sexualmente transmissíveis (DST) e fatores de risco para câncer de colo de útero e de mama.

Indicador: Proporção de mulheres orientadas sobre DST e fatores de risco para câncer de colo de útero e mama.

Numerador: Número de mulheres que foram orientadas sobre DST e fatores de risco para câncer de colo de útero e mama

Denominador: Número de mulheres cadastradas no programa da unidade de saúde para detecção precoce de câncer de colo de útero e no de mama.

### **2.5.3 Logística**

Para realizar a intervenção no programa de prevenção do câncer de colo de útero e de mama, vamos adotar o caderno de atenção básica: controle dos cânceres de colo de útero e da mama do Ministério da Saúde, 2013.

Utilizaremos o livro registro dos resultados dos preventivos e das mamografias disponíveis no posto. Como o livro de registro das mamografias foi criado esse ano, será feito um monitoramento, com o apoio dos ACS e da enfermeira, da lista de moradores da área de cada agente organizado por faixas etárias. Estimamos alcançar com a intervenção 85% de coletas de preventivos do colo de útero na faixa etária de 25 a 64 anos de idade e 80% de mamografias na faixa etária de 50 a 69 anos de idade. Estima-se um total de 115 mamografias e 200 coletas de preventivos no período de intervenção.



Faremos contato com o gestor para disponibilizar material para coleta dos exames e cotas para mamografias através de ofício confeccionado pela especializanda. Para o acompanhamento mensal da intervenção será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados fornecida pelo curso e será feita a coleta em planilha impressa na SMS, sendo uma cópia por mês e depois repassada uma vez ao mês para a planilha eletrônica pela enfermeira especializanda.

Para organizar o registro específico do programa, a enfermeira revisará quinzenalmente o livro de registro identificando as mulheres que vieram ao serviço para coleta do preventivo do colo de útero e entrega de resultados de mamografias. A profissional localizará os prontuários destas e transcreverá todas as informações do prontuário, para a primeira página do mesmo em um nota auto informativa criada pela equipe em papel de ofício manualmente confeccionada. Ao mesmo tempo realizará o primeiro monitoramento com o auxílio da nota auto informativa da ficha do paciente que constará de informações sobre data dos exames de preventivo do câncer de colo do útero e mama, classificação de risco, orientações sobre a importância/periodicidade dos exames de prevenção de câncer de colo de útero e da mama, orientação do auto-exame das mamas.

Para viabilizar a ação de capacitação da equipe, a análise situacional e a definição do foco para a intervenção já foram discutidos com a equipe da USF. Assim, começaremos a intervenção com a capacitação sobre o manual de controle dos cânceres de colo de útero e da mama para que toda a equipe utilize esta referência na atenção às mulheres. Esta capacitação ocorrerá na própria USF, para isto serão reservadas 2 horas ao final do expediente, no horário tradicionalmente utilizado para reunião de equipe. Cada membro da equipe estudará uma parte do manual técnico e exporá o conteúdo aos outros membros da equipe com data show fornecido pela SMS e apoio do manual do Ministério da saúde.

Para viabilizar a ação de acolhimento dessas mulheres, o mesmo será realizado pela técnica de enfermagem àquelas que buscarem o serviço. Mulheres com atraso na realização do exame de citopatológico de colo de útero serão encaixadas no mesmo dia ou agendadas para uma data próxima. Aquelas com mamografia atrasada serão imediatamente atendidas pela

enfermeira ou agendadas para uma data oportuna. Os resultados dos exames serão entregues às mulheres pela enfermeira ou médico, em dia pré-agendado ou através da demanda espontânea e orientadas quanto ao mês e data de retorno. Mulheres com maior risco para câncer de colo de útero e de mama terão prioridade no agendamento. Serão priorizadas nas consultas disponíveis para coleta de citopatológico do colo do útero, 12 vagas agendadas, porém poderão ser encaixadas mulheres de demanda espontânea em caso de faltosas. No caso de identificação pelos ACS de necessidade de visita domiciliar, os mesmos agendarão a consulta com essas pacientes em um dos turnos destinados à visita, de acordo com a conveniência de data das mesmas. Estima-se realizar 05 visitas por semana.

Faremos contato com a associação de moradores e com os representantes da comunidade nas duas igrejas da área de abrangência e apresentaremos o projeto com auxílio do data show e panfletos fornecidos pela SMS, confeccionados pelo Ministério da Saúde, esclarecendo a importância da realização dos exames de prevenção dos cânceres de colo de útero e de mama. Solicitaremos apoio da comunidade no sentido de ampliar a captação de mulheres da faixa etária de 25 a 69 anos e de esclarecer a comunidade sobre a necessidade de priorização do atendimento deste grupo populacional.

Para monitoramento da ação programática, a enfermeira examinará e registrará todos os resultados de citologias e mamografias nos livros de registro quinzenal. Em seguida, ela avisará aos ACS para buscar as pacientes para entrega do resultado de exames e aquelas que ainda estão em atraso. Ao fazer a busca, o ACS já agendará a mulher para um horário de sua conveniência de acordo com os turnos disponíveis na unidade. Ao final de cada mês, as informações coletadas nos livros serão consolidadas na planilha eletrônica.



### **3. Relatório da intervenção**

#### **3.1 As ações previstas no projeto que foram desenvolvidas.**

O projeto de intervenção teve como objetivo melhorar a atenção à saúde das mulheres de 25 a 69 anos de idade residentes na área de abrangência da Equipe de Saúde da Família do Sequeiro Grande do município de Itajuípe- BA perfazendo um total de 314 mulheres de 25 a 64 anos para realização da prevenção do câncer de colo de útero e 126 mulheres de 50 a 69 anos para prevenção do câncer de mama.

As ações previstas no projeto e realizadas de acordo o cronograma foram: cadastramento das mulheres de 25 a 69 anos da área adstrita no programa de prevenção dos cânceres de colo uterino e de mama, por meio das fichas “A” dos ACS, assim como pela elaboração da lista das mulheres na faixa etária de 25 a 69 anos residente na área de todos os ACS. O monitoramento das mulheres em dia e das faltosas aos exames foi realizado através do acompanhamento das listas e busca ativa; estabelecimento do papel de cada profissional na ação programática; organização da lista dos responsáveis para sala de espera semanal; contato com líderes comunitários sobre a importância da prevenção dos cânceres de colo uterino e de mama, solicitando apoio para a captação de mulheres de 25 a 69 anos de idade para as demais estratégias que serão implantadas; reuniões na igreja com as mulheres da faixa etária de 25 a 69 anos para conscientização da importância do exame; atendimento clínico a mulheres e solicitação dos exames; registro dos resultados no livro específico de cada programa; busca ativa das mulheres faltosas aos exames e

monitoramento da intervenção. Todas as ações foram realizadas em equipe e incorporadas à rotina da equipe.

Não houve dificuldade para realizar o treinamento porque foi tudo programado com antecedência, os pacientes foram avisados que não haveria atendimento naquele horário por estarmos em capacitação para melhorar o atendimento e acolhimento à comunidade.

Continua sendo mantido semanal o atendimento clínico às mulheres e a solicitação dos exames de mamografia. Não houve dificuldade com falta de material e número de cotas. Todos os resultados dos exames de preventivo do câncer de colo de útero e de mama estão sendo registrados em livro próprio para cada programa. A dificuldade é para que as pacientes que realizaram exames particulares os tragam à USF para que sejam registrados no prontuário e ficha espelho para monitoramento regular, mas a dificuldade está sendo vencida com a ajuda dos ACS que estão fazendo o agendamento conforme a conveniência para a usuária.

O monitoramento da intervenção é diário, com a digitação do nome de todas as mulheres cadastradas na área adstrita do Sequeiro Grande de 25 a 69 anos e os dados pertinentes aos exames de colo de útero e de mama. Houve a necessidade da elaboração de um arquivo mensal/ anual com as listas dos nomes das mulheres para refazerem a mamografia e o preventivo de rotina de acordo a periodicidade do manual do Ministério da Saúde, o qual está em constante atualização.

### **3.2 As ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas.**

Como imprevisto, durante esse período, houve a necessidade de adiar a visita domiciliar com a ACS devido a plantão no hospital em outro município, mas não prejudicou a intervenção porque programamos para o dia seguinte as visitas. Além disso, algumas pacientes que estavam agendadas foram remarcadas para outro dia devido à realização de uma reunião urgente na Secretaria de Saúde para atualização do Sistema de Informação do Pré-Natal (SIS-PN). Por fim, foi necessário me ausentar da unidade com os ACS por quatro semanas intercaladas, para ministrar a eles o curso técnico em ACS, diminuindo assim as coletas de citologias e entrega de resultados. Porém para

o futuro, será importante esse curso para outras atividades, além das ações programadas nessa intervenção.

Posso citar outras pequenas intercorrências, como a demora no recebimento dos resultados dos preventivos, sobrecarga profissional pela demissão de alguns profissionais, perdas de requisições e marcações erradas de exames preventivos como mamografia, problema na reposição da lâmpada do foco, e resistência de mulheres mais velhas para se submeterem ao exame pela primeira vez.

### **3.3 Dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, fechamento das planilhas de coletas de dados, cálculo dos indicadores.**

Houve um pouco de dificuldade no fechamento da planilha, porque percebi que estava solicitando exames de mamografia, orientando as pacientes quanto as DST's e avaliação de risco e não estava alimentado corretamente. Mas a organização da planilha e geração automática dos indicadores e gráficos facilitou o entendimento.

### **3.4 Análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço descrevendo aspectos que serão adequados ou melhorados para que isto ocorra.**

A intervenção já está incorporada à rotina da unidade, agora com um pouco mais de tranquilidade. Para tentarmos sempre atingir a meta seguiremos com as salas de espera realizadas por todos da equipe, reuniões com as mulheres de cada faixa etária preconizada para esclarecimento dos exames, busca ativa das faltosas a partir do monitoramento do arquivo mensal disponibilizado na USF e atualizado junto aos ACS, conscientização das resistentes quanto à importância dos exames, coletas nos dois turnos por semana, acolhimento para a marcação da entrega dos exames e registro de todos os resultados de mamografias e preventivos nos seus respectivos livros.

## **4 Avaliação da intervenção**

### **4.1 Resultados**

A intervenção tratou da atenção à saúde da mulher visando melhorar a detecção de câncer do colo do útero e de mama nas mulheres acompanhadas pela Equipe de Saúde da Família do Sequeiro Grande, zona rural de Itajuípe-BA no ano de 2013. Estipulamos como meta ampliar a cobertura de detecção precoce do câncer de colo uterino para 85% e a cobertura de detecção precoce do câncer de mama para 80%. Na área adstrita à USF existem 314 mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos e 126 mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos, entretanto durante a intervenção nestes quatro meses, respectivamente 263 realizaram o preventivo do câncer de colo de útero e 90 mamografias. Assim, foi alcançada ao final da intervenção uma cobertura de 83,8% para a prevenção do câncer de colo de útero e 71,4% para mama (Figuras 1 e 2). Vale salientar que algumas mulheres não realizam os exames na Unidade recorrendo ao acompanhamento particular e algumas se recusaram a realizar os exames.

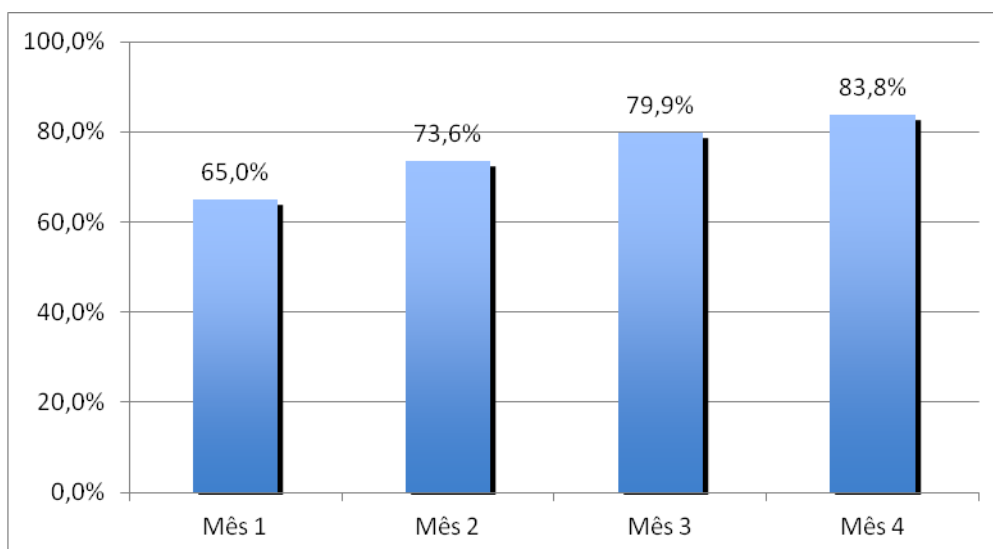


Figura 1 – Gráfico da proporção de mulheres entre 25 e 64 anos com exame em dia para detecção precoce de câncer de colo de útero.

Fonte: Planilha Coleta de Dados, UFPel, 2013

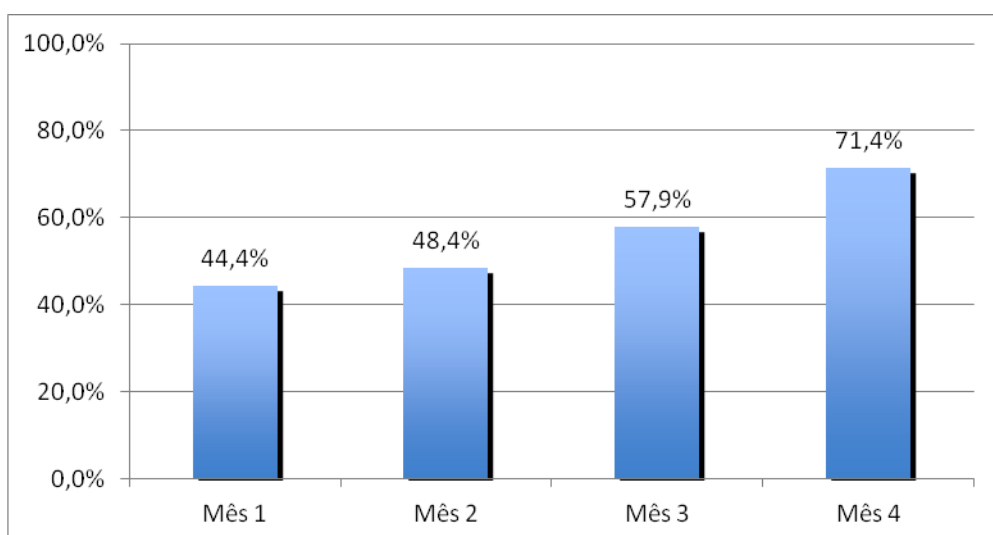


Figura 2 – Gráfico da proporção de mulheres entre 50 e 69 anos com exame em dia para detecção precoce de câncer de mama.

Fonte: Planilha Coleta de Dados, UFPel, 2013

Ao iniciar a intervenção apenas 204 (65%) mulheres tinham realizado o exame preventivo e 56 (44,4%) mulheres tinham realizado a mamografia em dia. Ao longo dos quatro meses da intervenção observa-se a evolução dos indicadores para **83,8%** (263) e **71,4%** (90 usuárias) respectivamente, quase atingindo a **meta de 85%** para a detecção precoce do câncer de colo de útero e **80%** para a detecção precoce do câncer de mama. Dessas mulheres, **uma paciente** (0,4%) apresentou exame citopatológico alterado ao longo dos quatro meses e 3,3% mamografia alterada (**3 usuárias**) (Figuras 3 e 4), onde **todas**



**buscaram seus resultados sem precisar realizar a busca ativa e estão em acompanhamento com especialistas e sendo monitoradas pelo SIS-COLO e SIS-MAMA regularmente.** Como citado anteriormente, optamos por ficar um pouco aquém da meta, para me ausentar da unidade em alguns turnos e participar do treinamento do Sistema de Informação do Pré-Natal (SIS-PN) e para ministrar o curso técnico em ACS.

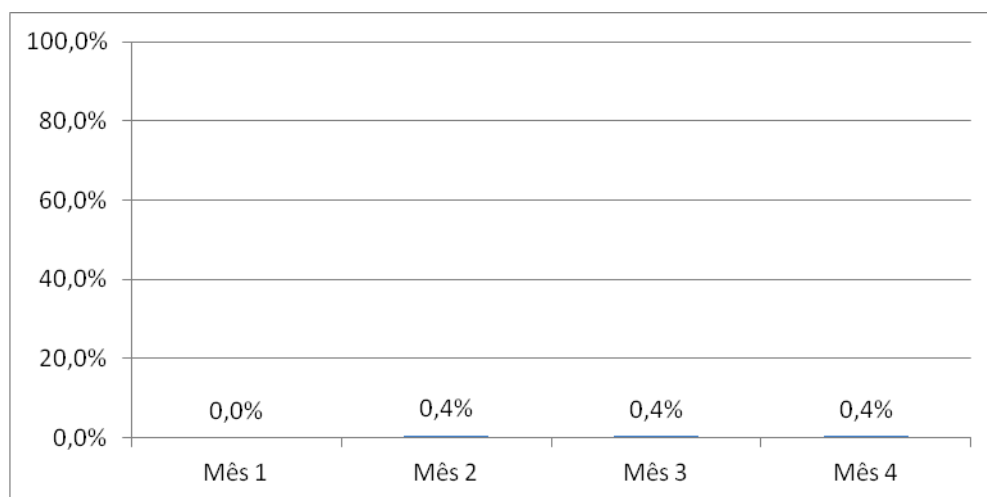


Figura 3 – Gráfico da proporção de mulheres com exame citopatológico alterado.  
Fonte: Planilha Coleta de Dados, UFPel, 2013

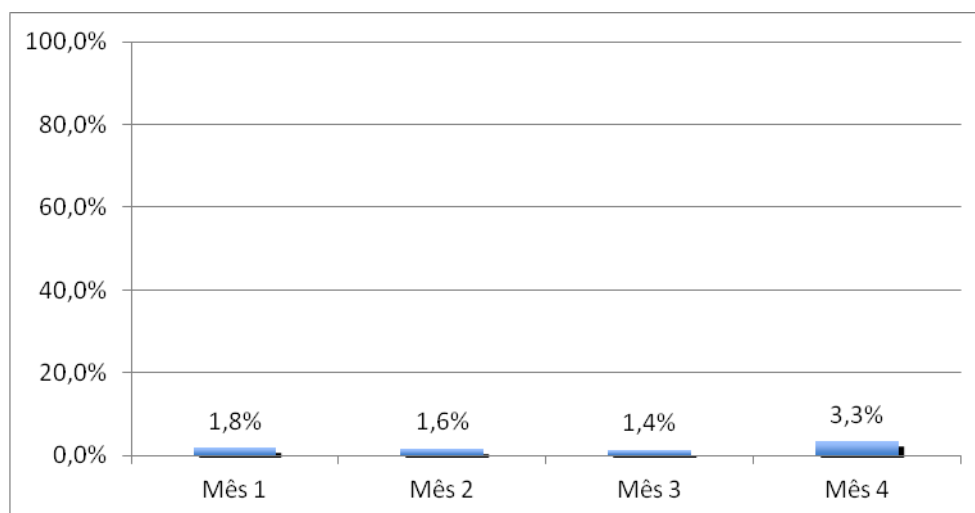


Figura 4 – Gráfico da proporção de mulheres com mamografia alterada.  
Fonte: Planilha Coleta de Dados, UFPel, 2013

A proporção de amostras satisfatórias melhorou nos últimos quatro meses chegando próximos a **81,2%** (251 usuárias), próximo da **meta de 100%** sendo a dificuldade a espera dos resultados chegarem do laboratório na USF para registro na planilha. Assim, os últimos exames realizados não foram

incluídos, pois não obtivemos resposta a tempo. Da mesma forma, a proporção dos registros adequados para mamografia também evoluiu nos últimos quatro meses para **74,3%** (84 usuárias) (Figuras 5 e 6) chegando próximo da **meta de 100%**.

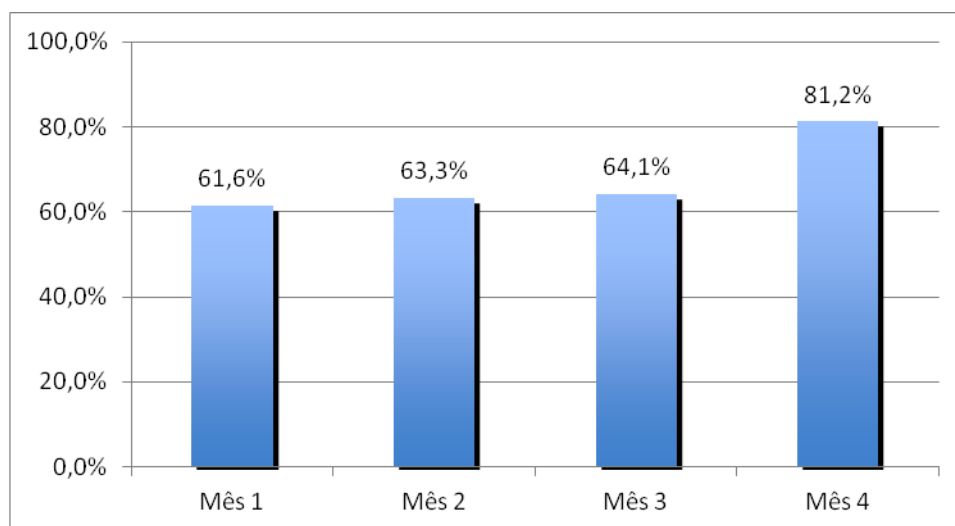


Figura 5 – Gráfico da proporção de mulheres com registro adequado do exame citopatológico de colo de útero.

Fonte: Planilha Coleta de Dados, UFPel, 2013

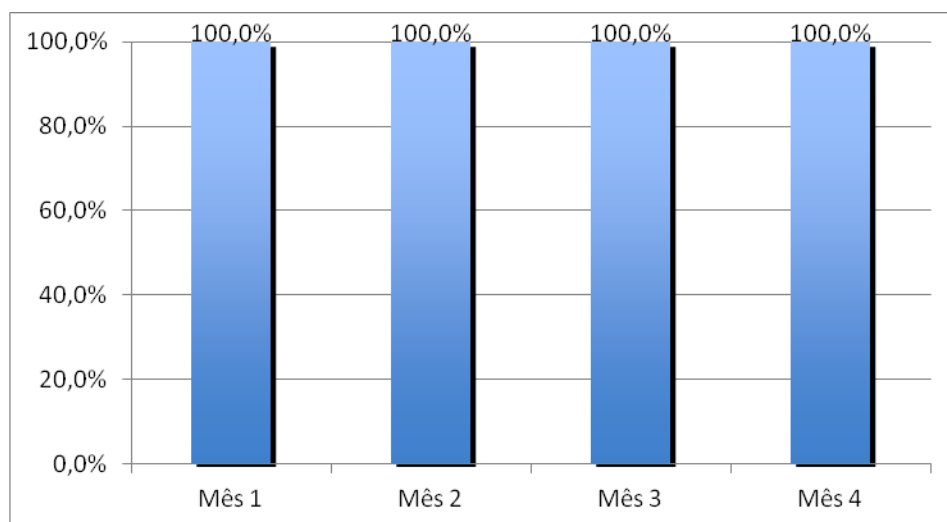


Figura 6 – Gráfico da proporção de mulheres com registro adequado de mamografia.

Fonte: Planilha Coleta de Dados, UFPel, 2013

A pesquisa de sinais de alerta/avaliação de risco para o câncer de útero e a pesquisa de sinais de alerta/proporção de risco para câncer de mama atingiram **100%** da usuárias devido a estratégia de acolhimento e adequação dos livros registro.

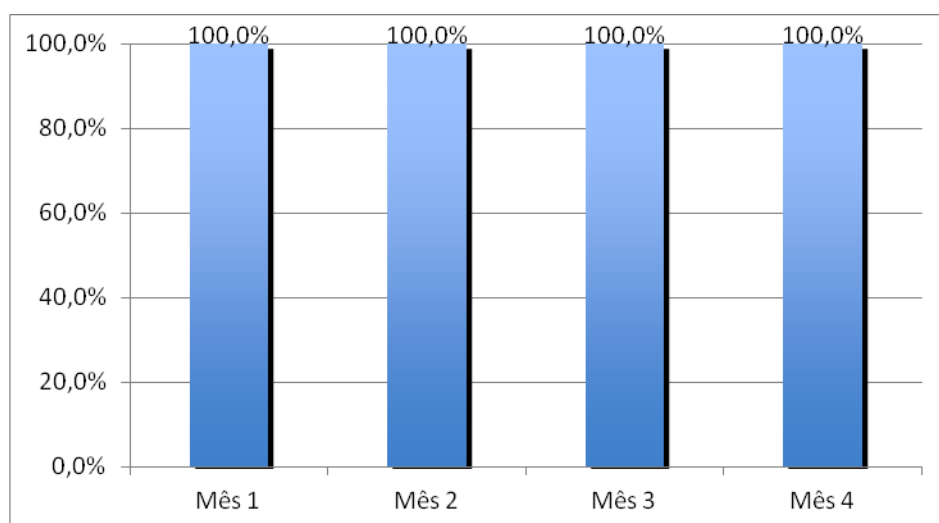


Figura 7 – Gráfico da proporção de mulheres entre 25 e 64 anos com pesquisa de sinais de alerta para câncer de colo de útero.

Fonte: Planilha Coleta de Dados, UFPel, 2013

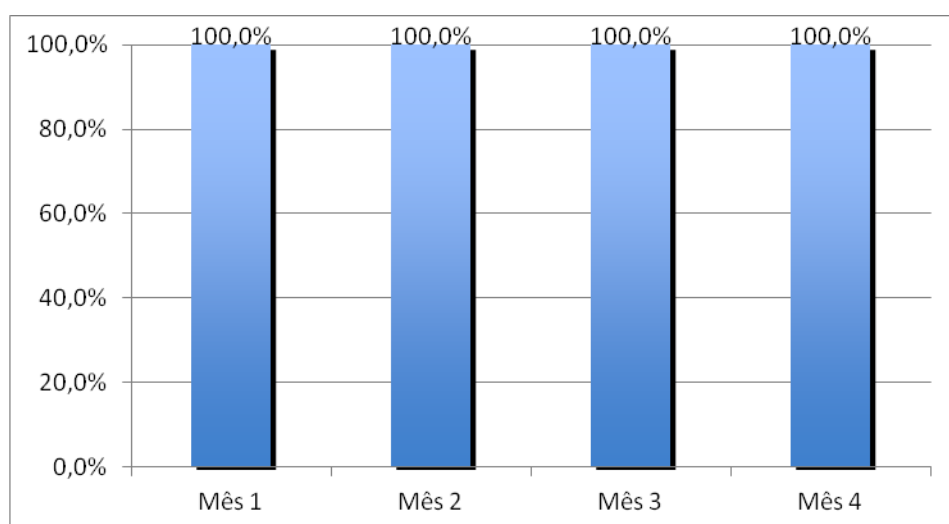


Figura 8 – Gráfico da proporção de mulheres entre 50 e 69 anos com avaliação de risco para câncer de mama.

Fonte: Planilha Coleta de Dados, UFPel, 2013

A proporção de mulheres que receberam orientação para as DSTs e foram informadas quanto aos fatores de risco para câncer de colo uterino e mama mantiveram-se em **100%** nesses quatro meses de intervenção (Figura 9, 10 e 11). As ações que mais auxiliaram na manutenção da cobertura de detecção precoce do câncer de colo de útero e de mama foi a mobilização da comunidade através de atividades educativas e a busca ativa dos ACS às faltosas através do monitoramento.

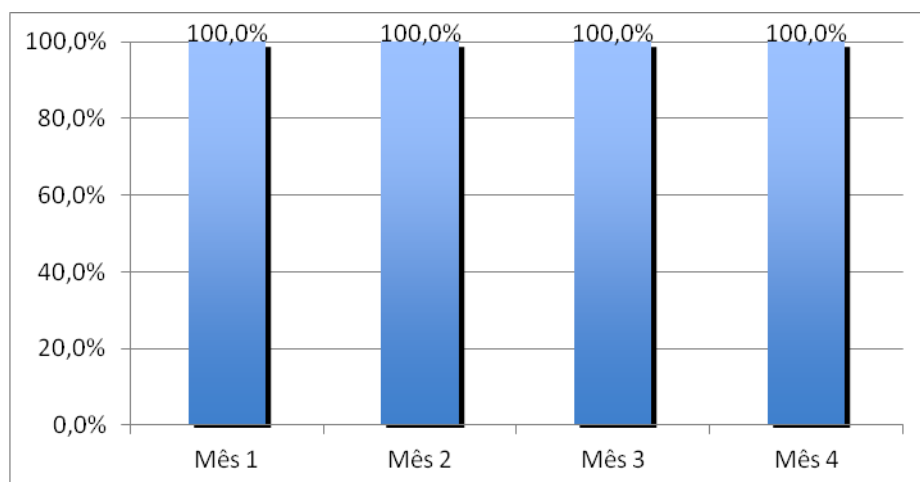


Figura 9 – Gráfico da proporção de mulheres entre 25 e 64 anos que receberam orientação sobre DSTs.

Fonte: Planilha Coleta de Dados, UFPel, 2013

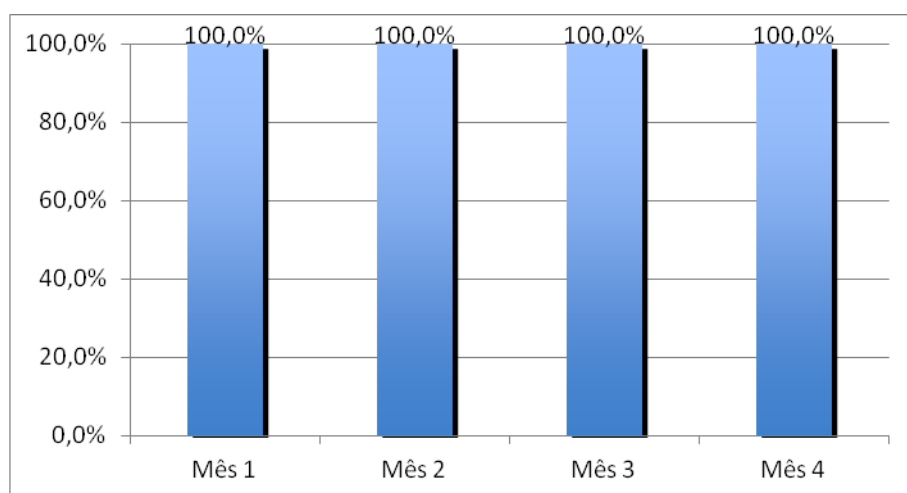


Figura 10 – Gráfico da proporção de mulheres entre 25 e 64 anos que receberam orientação sobre fatores de risco para câncer de colo de útero.

Fonte: Planilha Coleta de Dados, UFPel, 2013

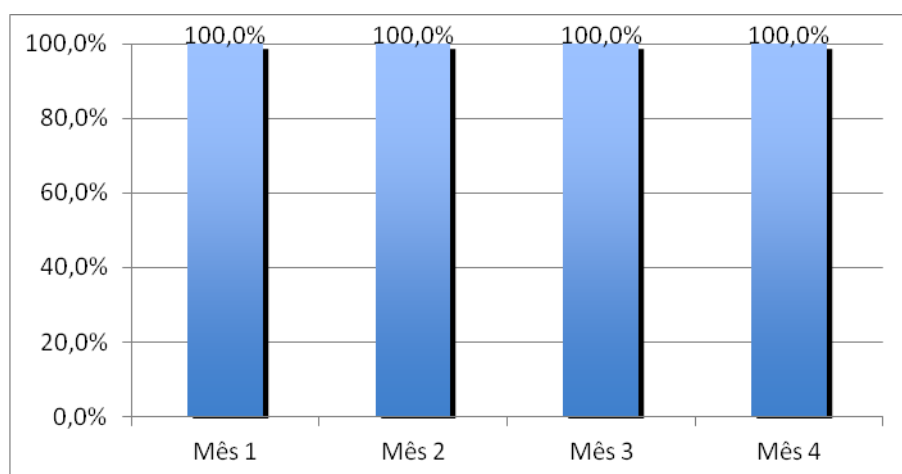


Figura 11 – Gráfico da proporção de mulheres entre 50 e 69 anos que receberam orientação sobre fatores de risco para câncer de mama.

Fonte: Planilha Coleta de Dados, UFPel, 2013

## 4.2 Discussão

A intervenção realizada na USF propiciou a ampliação da cobertura e melhora na adesão das mulheres na detecção precoce de câncer do colo de útero e de mama, a melhoria dos registros e a qualificação da atenção com destaque para sinais de alerta, doenças sexualmente transmissíveis e identificação de fatores de risco para o desenvolvimento dos cânceres.

Esse processo de mudanças exigiu que a equipe se capacitasse para seguir as recomendações do Ministério da Saúde relativas a controle, periodicidade dos exames dos cânceres do útero e de mama. Esta atividade promoveu o trabalho integrado de todos os componentes da ESF (enfermeira, técnicas de enfermagem, médico, odontólogo, ASB, ACS, recepcionista e zeladora). Os ACS ficaram responsáveis pelo cadastramento das mulheres de sua micro áreas, visitas domiciliares, agendamento e busca ativa das faltosas. A enfermeira capacitou a equipe, realizou atividades educativas sobre a prevenção dos cânceres e DSTs, coletou os citopatológicos, interpretou resultados, solicitou as mamografias, registrou os resultados em seus devidos livros e prontuários, realizou visitas domiciliares, monitoramento das faltosas e dos resultados. As técnicas de enfermagem realizaram agendamento das pacientes, registro nos livros dos resultados e salas de espera. O médico solicitou exames, orientou quanto aos fatores de risco, DSTs e interpretou resultados quando a enfermeira não estava na USF. O odontólogo, ASB, zeladora e recepcionista encaminhavam mulheres que ainda não haviam realizado os exames para as consultas de enfermagem e médica. Isto acabou tendo impacto também em outras atividades no serviço, como aumento da distribuição de camisinhas, aumento no número de coletas de citopatológico em gestantes e aumento na procura para agendamento das consultas médicas e de enfermagem.

Antes da intervenção as atividades de prevenção dos cânceres de colo do útero e de mama eram concentradas na enfermeira, desde a solicitação de exames, registros, até a realização de oficinas. A intervenção reviu as atribuições da equipe viabilizando a atenção a um maior número de pessoas. A melhoria do registro e o agendamento das mulheres viabilizou a otimização da

agenda para a atenção à Saúde da Mulher e à demanda espontânea. A classificação de fatores de risco para os cânceres de útero e de mama têm sido cruciais para apoiar a priorização do atendimento dessas mulheres, organizando o atendimento da demanda da unidade, beneficiando a usuários de outros grupos também.

O impacto da intervenção já é percebido pela comunidade. As mulheres demonstram satisfação com a prioridade no atendimento de acordo com a urgência, porém gera insatisfação na sala de espera entre os outros membros da comunidade que desconhecem o motivo desta priorização. Neste ponto, a equipe aproveita para informa-los sobre a importância da classificação de risco para doenças na priorização de atendimento. Na maior parte das vezes, há compreensão por todos na sala de espera. Quem sabe com a organização futura de outras demandas, esses usuários venham a compreender em sua totalidade esse processo.

Apesar da ampliação da cobertura do programa ainda temos mulheres resistentes à coleta do citopatológico e a mamografia. A intervenção poderia ter sido facilitada se os resultados dos exames chegassem à unidade com um tempo menor, se todas as mulheres na faixa etária comparecessem nas oficinas, consultas e se as mulheres tivessem a disposição transporte gratuito para o deslocamento até a sede para agendamento de exames, principalmente.

Agora que estamos no fim do projeto percebemos que a equipe está integrada e segue firme para incorporar a intervenção à rotina do serviço. Para isto, vamos ampliar o trabalho de conscientização da comunidade quanto à importância da detecção precoce do câncer de mama e de útero. A Fundação Lourdes Lucas, responsável pelo exame de mamografia, estabeleceu uma meta de realizar o exame em 100% das mulheres Itajuipenses.

Notamos que a falta de algumas informações em nossos registros acabaram prejudicando a coleta do indicador de fatores de risco e sinais de alerta para o câncer de útero das pacientes atendidas previamente à intervenção. Vamos adequar a ficha de todas as mulheres para poder coletar e monitorar todos os indicadores.

A partir do próximo mês de maio, quando terminarmos o segundo módulo do curso técnico em Agentes Comunitários de Saúde, tomando este

projeto como exemplo, também pretendemos implementar o programa de intervenção focando na saúde da criança, das gestantes, dos idosos, dos hipertensos e diabéticos e da saúde bucal. Sendo nossa meta iniciar o aprimoramento de um programa por ano, sem deixar os demais parados.

#### **4.3 Relatório da intervenção para os gestores**

Durante o Curso de Especialização em Saúde da Família da UNASUS/UFPel, foi realizado um projeto de intervenção, no período de setembro/2013 a janeiro/2014, com o objetivo de qualificar a atenção à saúde da mulher. Visamos melhorar a detecção precoce do câncer do colo do útero e da mama nas mulheres acompanhadas pela Equipe de Saúde da Família do Sequeiro Grande, zona rural de Itajuípe-BA. Para tal foi utilizado o Caderno De Atenção Básica número 13 do Ministério da Saúde: “Controle dos cânceres do colo do útero e da mama, 2013”.

Na área adstrita à unidade existem 314 mulheres na faixa etária alvo do Ministério da Saúde para controle de câncer de colo (25 a 64 anos) e 126 para câncer de mama (50 e 69 anos). Ao iniciar a intervenção apenas 204 (65%) tinham realizado o exame preventivo de colpocitopatologia e 56 (44,4%) o de mamografia. Ao longo dos quatro meses da intervenção observa-se a evolução dos indicadores para 83,8% e 71,4%, respectivamente. Dessas, uma paciente (0,4%) apresentou exame citopatológico alterado ao longo dos quatro meses e 3,3% mamografia alterada (3 usuárias), onde todas buscaram seus resultados e foram encaminhadas para acompanhamento especializado.

A proporção de mulheres que receberam orientação para as doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) atingiu 100% ( 428 usuárias) após quatro meses. Aquelas informadas quanto aos fatores de risco para câncer de colo uterino e mama foram de 100% (314 e 126 usuárias), respectivamente. As ações que mais auxiliaram na ampliação da cobertura de detecção precoce de ambos os tipos de câncer foram a mobilização da comunidade através de atividades educativas e a busca ativa dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) às faltosas através de efetivo monitoramento.

As ações desenvolvidas durante a intervenção foram o cadastramento das mulheres da área adstrita no programa de prevenção dos cânceres de colo

uterino e de mama, o monitoramento daquelas com exame em dia e das faltosas aos exames para encaminhamento à busca ativa; estabelecimento do papel de cada profissional na ação programática; organização de sala de espera semanal; contato com líderes comunitários sobre a importância do projeto solicitando apoio para a captação das usuárias; reuniões na igreja com as mulheres para conscientização da importância do exame; atendimento clínico e solicitação dos exames; registro dos resultados no livro de cada programa. Todas as ações foram realizadas em equipe e incorporadas à rotina da ESF do Sequeiro Grande.

Mesmo após o fim da especialização, continua sendo mantido semanal o atendimento clínico às mulheres e a solicitação dos exames de mamografia. A gestão foi importante por não permitir faltar material e número de cotas para os exames. Porém encontramos algumas dificuldades que precisarão ser melhoradas como a demora no recebimento dos resultados dos preventivos, marcação de exames complementares, sobrecarga profissional pela demissão de alguns profissionais durante o período, perdas de lâminas e de requisições, marcações erradas de exames preventivos como mamografia, e resistência de mulheres mais velhas para se submeterem ao exame pela primeira vez.

O monitoramento da intervenção tem sido diário, com a digitação do nome de todas as mulheres cadastradas na área adstrita. Houve a necessidade da elaboração de um arquivo de alerta mensal com as listas dos nomes das mulheres para refazerem a mamografia e o preventivo de rotina, de acordo com a periodicidade do manual do Ministério da Saúde, o qual está em constante atualização.

Para tentarmos sempre atingir a meta de 100% de cobertura pretendemos seguir com o apoio dos gestores para que o serviço seja melhorado e conseqüentemente, o trabalho dos profissionais e a atenção destinada à comunidade, fornecendo materiais necessários para as consultas, recursos humanos suficientes e cotas. A equipe dará continuidade com as ações de qualificação em saúde da mulher, a qual já está incorporada a rotina do posto, sendo necessário captar as demais usuárias ainda não examinadas, pois esses dois tipos de cânceres serão responsáveis por aproximadamente 580 mil casos neste ano segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA).



#### **4.4 Relatório da intervenção para a comunidade**

Durante o Curso de Especialização em Saúde da Família da UNASUS/UFPel foi realizado um projeto entre setembro e janeiro, com o objetivo de melhorar o atendimento das mulheres. Queremos descobrir o quanto antes o câncer de útero e de mama nas mulheres acompanhadas pela Equipe de Saúde da Família do Sequeiro Grande.

Na área existem 314 mulheres acompanhadas por Agentes Comunitários de Saúde (ACS) na faixa etária de 25 a 64 anos e 126 usuárias entre 50 e 69 anos. Ao iniciar as mudanças em setembro apenas 204 tinham realizado o exame preventivo e 56 possuíam a mamografia em dia. Ao longo dos quatro meses observou-se o aumento na realização dos exames.

Em janeiro 278 mulheres já tinham recebido orientação para as Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs). Aquelas informadas quanto aos fatores de risco para câncer de útero e mama foram 277 e 104 usuárias, respectivamente. As ações que mais auxiliaram no aumento de detecção do câncer foram a participação da comunidade através de atividades educativas e a busca pelas mulheres faltosas através de rigoroso monitoramento de fichas e planilhas.

A comunidade ganhou com o projeto mais conhecimentos sobre o que causa os cânceres, sobre doenças sexualmente transmissíveis e atendimento qualificado da equipe após treinamentos, reuniões e discussões.

As mudanças deram tão certo que continuamos os atendimentos, sendo mantido semanalmente o atendimento clínico às mulheres e a solicitação dos exames de mamografia. A gestão foi importante por não permitir faltar material e cotas para os exames, porém encontramos algumas dificuldades que precisarão ser melhoradas como a demora no recebimento dos resultados e na marcação de exames, sobrecarga profissional pela demissão de alguns colegas e resistência de mulheres mais velhas para se submeterem ao exame pela primeira vez.

Contamos com a ajuda dos Agentes Comunitários para alertar as mulheres da comunidade para retornar e realizar os exames sempre que necessário de acordo com o Ministério.

Enfim, a Unidade continua aberta ao recebimento das usuárias para coleta dos exames e para retirada de dúvidas quanto à sua saúde, vocês são muito importantes para darmos continuidade na melhoria do programa de prevenção dos cânceres de mama e de útero.

## **5 Reflexão crítica sobre seu processo pessoal de aprendizagem**

O desenvolvimento do trabalho em relação às expectativas do curso ocorreu de forma positiva, propiciou aprendizados a cada etapa, pois a maneira como foi estruturado o curso facilitou a organização do trabalho na unidade e deste TCC, e ao final, percebemos que todas as tarefas iniciais funcionaram com uma base que com o tempo foi sendo estruturada para a construção de todo esse trabalho.

Para a prática profissional, o curso proporcionou maiores conhecimentos e aprendizados nas áreas dos casos clínicos, ao realizar os testes de qualificação cognitiva (TQC), nas dúvidas clínicas entre colegas e orientadores, nos estudos das práticas clínicas de assuntos que precisavam de maior atenção devido aos erros no “TQC”. O curso representou para mim uma nova maneira de ver as coisas como um todo, a partir da construção contínua de suas etapas e que todos somos capazes de conseguir atingir os nossos objetivos desde que sejamos estimulados e encorajados a continuar.

Os aprendizados mais relevantes decorrentes do curso foram em relação ao trabalho de intervenção, que serviram para mostrar que podemos melhorar o atendimento à população da nossa comunidade, colocando em prática o que foi aprendido. Principalmente que os resultados são a curto e longo prazo, como foi a intervenção por nós realizada, em que o trabalho em equipe serviu para a ampliação da cobertura dos exames preventivos (mama e útero) nas mulheres da faixa etária preconizada e aumento dos conhecimentos delas sobre as DST's e fatores de risco para os cânceres.

## Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Rastreamento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 95 p.



BRASIL. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero**. Rio de Janeiro: INCA, 2011. 104p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 124 p.

IBGE. **Censo Demográfico 2010 - Resultados do universo**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 10 jan. 2014.

## Anexos

## Anexo 1: Ficha-espelho para câncer de colo do útero

PROGRAMA DE PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO E DO CÂNCER DE MAMA

**FICHA ESPELHO**

Data do ingresso no programa \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
 Número do Prontuário: \_\_\_\_\_
 Cartão SUS \_\_\_\_\_
 Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
 Nome completo: \_\_\_\_\_
 Telefones de contato: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_
 Endereço: \_\_\_\_\_

[illegible]

Figure 1

## Anexo 2: Ficha-espelho para câncer de mama

[illegible]

### Anexo 3: planilha de coleta de dados

[illegible]

**Anexo 4: Parecer do comitê de ética em pesquisa**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
FACULDADE DE MEDICINA  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

OF. 15/12

Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr<sup>a</sup>

Prof<sup>a</sup> Ana Claudia Gastal Fassa

*Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde*

Prezada Pesquisadora;

Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e **APROVADO** por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

*Patricia Abrantes Duval*  
Patricia Abrantes Duval  
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPel

